

Salud y no enfermedad

Transiciones hacia la complejidad

Colección Complejidad y Salud, Vol. 6



Carlos Eduardo Maldonado (Comp.)
Hugo Cárdenas López
Daniela Arango Ruda
Ana Camila García
Luis Alejandro Gómez Barrera

Jorge Sandoval París
Santiago Galvis V.
Anny Bonilla Dueñas
Álvaro Amaya Navas
Lucero Galeano Zabala

 UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
—
Editorial

Colección Complejidad y Salud, Vol. 6

Salud y no enfermedad

Transiciones hacia la complejidad

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque

Rectora: María Clara Rangel Galvis

Salud y no enfermedad: transiciones hacia la complejidad
Colección *Complejidad y Salud*, Vol. 6

Carlos Eduardo Maldonado Castañeda
Editor académico

© Hugo Cárdenas López
© Daniela Arango Ruda
© Ana Camila García
© Luis Alejandro Gómez Barrera
© Jorge Sandoval París
© Santiago Galvis V.
© Anny Bonilla Dueñas
© Álvaro Amaya Navas
© Lucero Galeano Zabala

Facultad de Medicina

Primera edición, Octubre de 2020
ISBN: 978-958-739-212-8 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-213-5 (Digital)

Editor: Miller Alejandro Gallego Cataño
Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello
Corrección de estilo: Dunia Oriana González R.

Hecho en Bogotá D.C., Colombia
Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A. 6.º piso
+57 (1) 648 9000, ext. 1395
editorial@unbosque.edu.co
www.unbosque.edu.co/investigaciones/editorial

Impresión
Octubre de 2020

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución n.º 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Reacreditación institucional de alta calidad: Resolución N.º 013172 del 17 de julio 2020, MEN.

610.1 M15s

Maldonado, Carlos Eduardo

Salud y no enfermedad: transiciones hacia la complejidad / Carlos Eduardo Maldonado, Hugo Cárdenas López, Daniela Arango Ruda, Ana Camila García, Luis Alejandro Gómez Barrera, Jorge Sandoval París, Santiago Galvis V., Anny Bonilla Dueñas y Álvaro Amaya Navas-- Bogotá: Universidad El Bosque, 2020

242 p.: 16x24 cm -- (Colección Complejidad y salud; Vol. 6)
Incluye tabla de contenido, índices y referencias bibliográficas al terminar cada capítulo.
ISBN: 978-958-739-212-8 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-213-5 (Digital)

1. Complejidad (Filosofía) 2. Salud pública -- Aspectos antropológicos 3. Enfermedad -- Filosofía I. Cárdenas López, Hugo II. Arango Ruda, Daniela III. Camila García, Ana IV. Gómez Barrera, Luis Alejandro V. Sandoval París, Jorge VI. Galvis V., Santiago VII. Bonilla Dueñas, Anny VII. Amaya Navas, Álvaro IX. Universidad El Bosque. Facultad de Medicina

NLM W 61 M15s

Fuente. SCDD 23ª ed. NLM – Universidad El Bosque.
Biblioteca Juan Roa Vásquez (Octubre de 2020) - RR

Colección Complejidad y Salud, Vol. 6

Salud y no enfermedad

Transiciones hacia la complejidad

Carlos Eduardo Maldonado (Comp.)

Hugo Cárdenas López

Daniela Arango Ruda

Ana Camila García

Luis Alejandro Gómez Barrera

Jorge Sandoval París

Santiago Galvis V.

Anny Bonilla Dueñas

Álvaro Amaya Navas

Lucero Galeano Zabala

Contenido

/ _____
/ _____
Cap. **1** _____

Cap. **2** _____

Introducción Pág. 13

Prólogo Pág. 17

¿Por qué existe solamente la salud y no la enfermedad? Pág. 23

1.1 Introducción Pág. 24

1.2 El origen de un problema Pág. 25

1.3 Una mirada a la apoptosis: superando el dualismo Pág. 30

1.4 Una mirada crítica a la enfermedad y la muerte Pág. 37

1.5 El giro hacia la salud: un movimiento sorpresivo Pág. 43

1.6 La salud es la única solución que la vida conoce Pág. 50

1.7 Conclusiones Pág. 57

1.8 Bibliografía Pág. 60

**El meta-game de la industria de los alimentos:
¿cómo las industrias afectan la salud pública?** Pág. 65

2.1 Introducción Pág. 66

2.2 Salud, enfermedad y alimentación Pág. 67

2.3 ¿A qué juegan las industrias? Pág. 71

2.4 Alimentos ultra-procesados, la ficha rentable de las
industrias, y su impacto en la salud pública Pág. 79

2.5 Conclusiones Pág. 86

2.6 Bibliografía Pág. 89

Contenido

Cap. **3**

Cap. **4**

Del cronos al kairós: regímenes de temporalidad en salud pública

| | |
|--|----------|
| | Pág. 93 |
| 3.1 Introducción | Pág. 94 |
| 3.2 Enfoque del Ciclo de vida | Pág. 97 |
| 3.3 Régimen de tiempo del ciclo de vida | Pág. 100 |
| 3.4 Enfoque de curso de vida | Pág. 104 |
| 3.5 Clasificación de enfermedades y prevención | Pág. 110 |
| 3.6 El presente como tiempo de oportunidad | Pág. 115 |
| 3.7 Bibliografía | Pág. 119 |

De la globalización de la salud a la globalización de la enfermedad

| | |
|--|----------|
| | Pág. 123 |
| 4.1 Introducción | Pág. 124 |
| 4.2 La Agenda Global de Salud | Pág. 128 |
| 4.3 Las Enfermedades No Transmisibles en la ONU | Pág. 138 |
| 4.4 Los problemas de salud pública internacionales y los problemas de salud pública nacionales desde las perspectivas teóricas | Pág. 141 |
| 4.5 No es lo mismo globalizar que universalizar | Pág. 146 |
| 4.6 Conclusiones | Pág. 149 |
| 4.7 Bibliografía | Pág. 153 |

Contenido

Cap. **5**

Cap. **6**

/

**Revisión de los modelos explicativos
de la salud pública sujetos, prácticas y salud:
una interpretación**

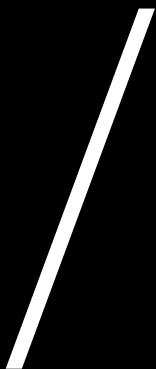
| | |
|--|----------|
| | Pág. 157 |
| 5.1 Introducción | Pág. 158 |
| 5.2 El mecanismo tras la salud pública | Pág. 166 |
| 5.3 Una arquitectura lineal, predecible y centralizada | Pág. 167 |
| 5.4 El problema de las identidades estables | Pág. 174 |
| 5.5 Identidades en salud: ¿singulares o múltiples? | Pág. 177 |
| 5.6 Individuos y colectivos: más allá de la fórmula aritmética | Pág. 181 |
| 5.7 Consideraciones finales | Pág. 185 |
| 5.8 Bibliografía | Pág. 188 |

**Los modelos gerenciales, el portafolio de servicios
y la teoría de redes: una nueva mirada de la gestión
de calidad en las ciencias contemporáneas**

| | |
|---|----------|
| | Pág. 193 |
| 6.1 Introducción | Pág. 194 |
| 6.2 Modelos gerenciales | Pág. 194 |
| 6.3 Gerencia del servicio | Pág. 196 |
| 6.4 Teoría de redes | Pág. 199 |
| 6.5 Portafolio de servicios | Pág. 202 |
| 6.6 Una nueva mirada de la Gestión de Calidad en las Ciencias Contemporáneas | Pág. 208 |
| 6.7 Bibliografía | Pág. 212 |

Pág. 217

Los autores



Introducción

Debe ser posible pensar “salud, y ya no más enfermedad” y, ciertamente, tampoco el continuo salud-enfermedad. Son numerosas las razones que justifican este llamado, desde consideraciones de tipo ético, económicas, filosóficas, estéticas, desde antropológicas hasta ecológicas. Y siempre con las más altas razones de tipo humanitario que se alimentan o confluyen en aspectos espirituales y existenciales.

Pensar la salud es una tarea que en toda la línea de la palabra jamás se ha emprendido en Occidente hasta la fecha, pues la preocupación fue siempre negativa enfocándose en el rechazo de la enfermedad, la superación de la pobreza y otras expresiones semejantes. Es posible decirlo en términos fuertes y directos: el llamado a la salud coincide con un auténtico giro civilizatorio. Mientras que Occidente siempre supo solo de la enfermedad y cómo vencerla, asistimos a los albores de una nueva civilización que se enfoca en otros aspectos nunca antes considerados.

Es posible expresar el giro civilizatorio de varias maneras. Notablemente, se trata del desplazamiento de la tradicional y dominante concepción antropológica, antropocéntrica y antropomórfica de la realidad y la naturaleza por una visión más orgánica, horizontal y no ya jerárquica, en la que la naturaleza y la vida en general vuelven a ser la fuente de todo valor y el sentido o la finalidad de cualquier consideración de tipo ético, axiológico o estético, por ejemplo. Hemos re-descubierto a la naturaleza, ya sea en las expresiones de Gaia, la Pachamama o la Tonanzin.

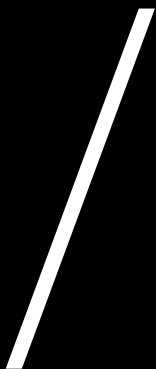
De la misma manera, estamos aprendiendo a situar a la vida en general, esto es, a la vida-tal-y-como-existe tanto como la vida-tal-y-como-podría-ser-posible en el centro de cualquier referencia. Recientes programas de investigación científica como la exobiología y la búsqueda de exoplanetas, se suman a campos

nuevos como la neurobiología de las plantas, la antropología y la ecología, por mencionar algunos.

La visión típicamente centrada en el planeta se ha ampliado desde varios puntos de vista a comprensiones e implicaciones, bastante más que planetarias. Estamos aprendiendo que el destino de la Tierra, como el hecho de la vida cotidiana, no es independiente del sistema solar, la galaxia y muchos más allá, acaso el del universo mismo.

Por otro lado, pensar la salud, cabe decirlo, es bastante más y muy distinto a pensar simplemente la salud pública, la cual, en realidad, equivale a seguir pensando la enfermedad. Digamos de manera escueta: la salud humana es imposible sin la salud del entorno y el medioambiente y, por tanto, sin la salud misma de la naturaleza. La salud humana es una sola y misma cosa con la salud de las aves y mamíferos, de las aguas y el aire, de los bosques y selvas, en fin, de los mares y océanos. Así pues, la salud abarca una multiplicidad de circunstancias, dimensiones, aspectos, actitudes, estados, acciones de orden físico, mental, social, espiritual, cultural.

De manera franca y directa se puede decir que no existen, en absoluto, los determinantes de la salud, de ninguna índole. Ese discurso corresponde a la tradición que solo sabe de enfermedad. Pensar la salud corresponde exactamente a *indeterminar* el mundo, la vida —algo que no ha sido enseñado jamás antes. Nosotros que fuimos acostumbrados a determinar— por tanto analizar y cosas semejantes. La historia del pensamiento tradicional, en fin, de la ciencia normal (Th. Kuhn).



Prólogo

Este libro es el resultado de investigación colectiva. Quisiera narrar brevemente la historia de este proceso.

Un grupo de amigos y colegas decidimos, hace ya varios semestres, reunirnos regularmente tres horas cada quince días a leer diversos textos. Se trata específicamente de un seminario de creación, no de estudio, y manifiestamente no una reunión administrativa, de esas que tantos grupos tienen. Al calor, como una especie de calistenia intelectual, se van produciendo textos colectivos de calibre bajo y medio si -cabe la expresión- y cada semestre se produce un libro colectivo de investigación resultado de las lecturas, las discusiones, los diferentes textos intermedios producidos. Todo ello sin menoscabar la producción que individualmente y, en algunas ocasiones, en grupos más pequeños se van produciendo.

El grupo de investigación es particularmente interdisciplinar. De este hacen parte médicos, enfermeras, odontólogos, comunicadores sociales, antropólogos, sociólogos, filósofos, a su vez con distintos niveles de formación, con maestría y doctorado. Este libro es un resultado de estos procesos de investigación, principalmente lúdicos, fruitivos, placenteros, que distan de estar marcados por productividad, eficiencia y eficacia, competitividad y otros aspectos negativos semejantes.

En *motto* define al grupo: “pensar la salud, y no ya más la enfermedad”. Algo que se dice muy fácil pero que es extremadamente difícil de llevar a cabo, debido a los pesos de los atavismos, las costumbres, las zonas de confort y las presiones sociales; en este caso, profesionales y académicas.

Hay que decir que el grupo de investigación de base es de salud comunitaria, de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque, y sus integrantes son parte activa del grupo y aun

así no aparecen en este libro. El grupo ha creado, con apoyo de la universidad la única colección en el espectro iberoamericano para canalizar esta idea de salud: salud y vida, salud y complejidad, salud y medioambiente, y demás. Es justamente la colección: “Salud y Complejidad”.

Hay un modo idóneo mediante el cual es posible empezar a pensar en salud, que es equivalente a pensar en vida. Se trata de las ciencias de la complejidad. Por esta razón, el complemento del grupo, de la Colección y el subtítulo de este libro. Nos proponemos pensar salud y complejidad, o lo que es equivalente, salud como un fenómeno complejo.

Desde cualquier punto de vista —conceptual, categorial, intuitivo, imaginativo, etc.— el más complejo de todos los fenómenos o sistemas imaginables es la vida; esto es, los sistemas vivos. La vida como un programa de investigación científico e interdisciplinar es un acontecimiento perfectamente novedoso en la historia humana. Difícilmente tiene, a la fecha, unas cincuenta décadas desde que fue formulado explícitamente. Como consecuencia, como caminos distintos, pero, creemos, paralelos, emergieron casi simultáneamente las ciencias de la salud y las ciencias de la vida. En cualquier caso el tema consiste tanto en pensar “vida” como en pensar “salud”.

Ahora bien, las ciencias de la complejidad constituyen ciencia de frontera (*spearhead science*). Aunque han ganado espacio en diferentes latitudes, la verdad es que están lejos de ser ciencia normal. En consecuencia, se hace necesario un doble trabajo: introducir un pensamiento de salud —y vida— tanto como elaborar una propedéutica para la complejidad. Internamente, en el grupo de investigación, es un trabajo que estamos llevando a cabo, todos, mancomunadamente. Pero, al mismo tiempo, en

los productos, es algo que debe ser cuidadosamente elaborado y presentado. La prudencia se impone sobre el deseo, en este caso.

Este libro es un avance de investigación. En nuestro caso, se trata de una investigación proyectada a mediano y largo alcance; inicialmente, como investigación básica. Los textos han sido elaborados en el espíritu mencionado en esta introducción. Sin embargo, es claro, la orquesta debe afinar aún mejor cada instrumento y aprender a tocar polifónicamente. Por esta razón, se trata de textos con tonalidades diferentes. Si cabe la metáfora, unos son cuerdas, otros son vientos, otros más metales, y existen también los de percusión. El espíritu es el de una polifonía bien lograda, pero es claro que los procesos individuales se aprecian en la lectura de las líneas. Creemos, sinceramente, que antes que un defecto, es una virtud.

La salud como la vida es proceso, no son estados. ¿Estado? La enfermedad; ese sí es un estado. No sin razones la medicina habla genéricamente del “estado del paciente”, queriendo tomar como eje de referencias su condición relativamente a la enfermedad. Pues bien, paralelamente, la investigación es un proceso; que acaso se expresa en productos y en avances de distinto tipo: *papers*, capítulos de libro, libros, seminarios, ponencias, *working papers*, cursos y clases y otras actividades.

Nadie ve la salud, como tampoco nadie ve la vida. La concebimos, la imaginamos. No se agota en la percepción natural. Análogamente, la investigación es algo que no se ve, aunque se insinúa o se asoma en productos específicos que se denominan como tangibles e intangibles. Ya decía W. von Braun, uno de los padres de la bomba atómica: “Yo hago investigación cuando no sé para dónde voy con lo que hago”. Manifiestamente, se trata de investigación básica. Una tipo de trabajo, mejor aún, un estilo

de vida en el que la libertad, la imaginación y el juego deben combinarse muy bien con la más fina inteligencia, una sólida y amplia cultura, y un trabajo de actualización con el estado del conocimiento (*state-of-the-art*) en una combinación en la que lo único que importa es siempre el rigor, combinado con una fuerte capacidad de apuesta, de riesgo, de desafío. Eso que se llama, genéricamente, el rompimiento de las fronteras del conocimiento. Se dice, todo, fácilmente, pero es complejo de lograr. Esta es la apuesta última que nos hemos propuesto.

De aquí el libro que tenemos ahora entre manos.

1

Carlos Eduardo Maldonado
Hugo Cárdenas López

**¿Por qué existe
solamente
la salud y no la
enfermedad?**

1.1 Introducción

Este texto parte de una afirmación, no de un problema: “la enfermedad no existe; solo existe la salud”. El cuerpo de este capítulo está dedicado a entender, esto es, a justificar la afirmación expuesta. La tesis que defiende este texto es que es indispensable pensar la salud, y no ya más la enfermedad; ni siquiera el continuo salud-enfermedad. Ahora bien, las mejores aproximaciones a lo que sea salud, se condensan generalmente en una palabra: es preciso un enfoque multivariado. Así, lo que se quiere decir es que salud desborda una sola, o única, explicación unilateral, cualquiera que sea. Es posible decir “multivariado” de otras mejores maneras.

Decía Einstein que si se quiere efectivamente resolver un problema es preciso modificar el marco en el que surge el problema. Enfermedad es el hilo conductor y el basamento a la vez de toda una civilización; esa que se llama a sí misma Occidente (“El sol poniente”). Ahora bien, el fundamento espiritual y mental de Occidente son las tres religiones monoteístas, y lo común en las tres es que son religiones de la trascendencia. Pues bien, el planteamiento de este libro es que la enfermedad coincide con la trascendencia y que así es imposible pensar salud y hacerla efectivamente posible. La trascendencia, dicho sin más, enferma a los seres humanos, a los animales y las aguas, a la naturaleza misma. Pensar salud consiste en pensar y vivir la inmanencia. La salud no hay que ir a buscarla; antes bien, es el resultado de un encuentro, de una experiencia.

La tesis enunciada se funda en cuatro argumentos descritos así: en primer lugar, por vía de analogía, se estudia el papel y la función de la apoptosis. Este argumento permite entender que la “muerte” es un fenómeno natural y propio a la vida, para que la

vida misma se haga posible. En una palabra: la muerte no existe. El segundo argumento sostiene que los seres humanos no mueren porque sean mortales. Mueren, sencillamente, porque son objeto de asesinatos o crímenes, o porque tienen una alimentación deficiente que produce al cabo anemia crónica, por ejemplo. En este sentido, retomando una idea conocida: “no existe la enfermedad; solo enfermos”. El tercer argumento afirma que el foco de la mirada clínica ha sido sobre la enfermedad desatendiendo (por completo) la salud. La vida no está hecha de patologías, sino de aprendizajes y adaptaciones, y ello apunta a la salud. El cuarto argumento sostiene que es posible superar la mirada dualista del mundo y la naturaleza, y entender, entonces, que la única solución que la vida conoce es la salud, no la enfermedad. Así, la enfermedad no existe, es una pseudoconstrucción cultural que ha desviado la mirada sobre lo único verdaderamente importante y existente: la salud.

Al final, la conclusión que se quiere aportar es que existen enfermedades que les suceden a los seres humanos a fin de que no mueran; estas enfermedades retroalimentan el sistema inmunológico y afirman salud. No existe la enfermedad, solo la salud.

1.2 El origen de un problema

La ciencia moderna nace mecanicista, reduccionista, determinista y materialista. Estas son, sin lugar a dudas, las características de la primera revolución científica; esto es la historia de la ciencia clásica: la de la modernidad, como la primera revolución científica, o bien la ciencia hegemónica actualmente y que se puede designar idóneamente como ciencia normal (en el sentido de

Th. Kuhn, 1992). Es preciso entender por qué la ciencia moderna nace de esa forma.

La Edad Media fue organicista, y si se quiere, animista. Por lo tanto, que un filósofo de los orígenes de la modernidad como Spinoza acoja al panteísmo no es una casualidad. Al fin y al cabo había una larga tradición animista que se remontaba, casi, hasta la noche de los tiempos.

Exactamente, la Edad Media es una larga lucha, de algo más de cuatro siglos en contra de esta visión animista y organicista. Es el período que, *grosso modo*, cubre los siglos XI al XV, aproximadamente. Se trata de esa lucha por convertir al pensamiento de la Iglesia cristiana en el pensamiento hegemónico, y en ese largo combate contra las herejías y la cacería de brujas. En ningún lugar mejor que en la mejor literatura laica, profana e incluso pagana se aprecia el hecho de que el medioevo está lleno de gigantes, espíritus, gnomos, ríos que hablan, selvas que están vivas, cíclopes, enanos, hadas y tantas otras figuras semejantes (cfr. *La búsqueda del Santo Grial* (Anónimo, 2012), *la Saga de los groenlandeses* (Anónimo, 2010), *la Saga de Erik el Rojo* (Anónimo, 2011), *el Edda Mayor* (Anónimo, 2015b) y *el Edda Menor* (Snorri, 2016), *el Beowulf* (Anónimo, 2015a), y tantos cuentos y mitos germanos (Borges, 1965) y celtas (Jacobs, 1995), por ejemplo, sin olvidar esos cantos cimeros que son *El Cantar de las Huestes de Igor* (Anónimo, 2016), *el Cantar de Rolando* (Anónimo, 2013), entre otros).

La media y alta Edad Media consisten en un combate encarnizado, a sangre y fuego en contra de ese pensamiento que la iglesia cristiana consideraba como indeseable, por decir lo menos. El animismo y una visión organicista de la naturaleza y el mundo fueron eliminados físicamente. Y como resultado, se im-

pone —o igual queda— una visión mecanicista, determinista y reduccionista que habrá de permanecer prevaleciente. Con una observación importante: la ciencia moderna es la afirmación de que existe una única racionalidad, que otras formas de racionalidad son imposibles por incongruentes, prolongando así, con un lenguaje laico, el lenguaje del medioevo. A una única forma de racionalidad le corresponde, concomitante, la idea de una única realidad. [Es eso que genéricamente se denomina como “la realidad”, y que no es sino la transliteración de que solo existe y es posible un único dios. Pues bien, la ciencia clásica se ocupa de “la realidad”]. Como lo han dicho dos investigadores destacados, la modernidad es la continuación del medioevo por otros medios (Prigogine y Stengers, 2002).

Al cabo, la ciencia moderna, para retomar la expresión originaria de M. Weber (1920), consiste en un desencantamiento del mundo. En efecto, el mundo es el resultado de fenómenos, procesos y dinámicas perfectamente mecánicos o mecanicistas, deterministas en los que el ser humano y la vida están sujetos a fuerzas inanes. Frente a esta ciencia moderna, es preciso reencantar el mundo y la vida. Pero esto es adelantarnos.

Al mismo tiempo, la ciencia moderna es el resultado de tiempos precedentes terribles y dolorosos. La Edad Media es, desde el punto de vista de salud y vitalidad, una era de guerras e invasiones, de pestes terribles que diezmaron significativamente la población de Europa, en fin, de invasiones y temores profundos. Si hay una época de miedo en la historia de Occidente (Delumeau, 2002), es en el medioevo. No en vano una de las mejores expresiones culturales de la Edad Media es el milenarismo (Cohn, 2015); eso es, la permanente “inminencia” del fin del mundo y de la llegada del Mesías, a la vez que se ven en todas partes Anticris-

tos. Pues bien, la modernidad nacerá con la sombra del miedo y con la voluntad expresa de derrotar lo que amenace las seguridades individuales. Filosóficamente hablando, la modernidad se inventa al “yo”, al individuo, el cual es, literalmente, el punto cero en el eje de coordenadas x-y, y el centro del mundo se encuentra en cada caso allí en donde el “yo” esté situado. La seguridad del mundo moderna no es, al cabo, otra cosa, que la seguridad, para cada quien, de su propio “yo”. Lo que quiera que eso sea.

Como resultado, a través de numerosas peripecias y avatares, la ciencia moderna emerge con dos preocupaciones fundamentales: la primera, el materialismo que consiste en identificar físicamente las causas de los fenómenos —dejando atrás argumentos *ad hoc*— y el dualismo cartesiano. El primero vuelca la mirada sobre lo que puede ser empíricamente observable, más allá del peso de la autoridad, en cualquier acepción de la palabra. Por su parte, la segunda es bastante elemental, se trata del principio que distingue al sujeto en sí mismo de todo lo demás (“este soy yo, y todo lo demás está fuera de mí y me es ajeno”) (LeShan y Morgenau, 1996).

El materialismo se concentra en el peso de los sentidos y de la percepción natural: la vista, el oído, el olfato, el gusto, el tacto. Brueghel El Viejo y Rubens colaborarán en cinco cuadros de gran formato que condensa toda una época y una cosmovisión: *Los cinco sentidos* (disponibles en el Museo del Prado, en Madrid). En consecuencia, emerge la visión determinista y objetivista del mundo y de la realidad: eso que ha llegado a conocerse como el sujeto y el objeto. Por su parte, el dualismo cartesiano implica la distinción entre lo propio y todo lo ajeno. Como se entiende, lo central es el yo, y lo ajeno es episódico, subsidiario, accidental, en fin, objeto de las acciones y la voluntad del yo, punto.

La modernidad es el resultado de miedos profundos, notablemente el miedo a las enfermedades —las pestes, específicamente: la negra, la bubónica, además de la lepra y el cólera—, la muerte, las guerras y las invasiones. Entre las epidemias, pandemias y las guerras, la pobreza y la inclemencia climática, la población de la Edad Media fue eliminada en alrededor del 50% hacia el siglo XIV. Ciertamente que los Romanos habían hecho su gran contribución —acaso la única—, al proceso civilizatorio, que fue la invención de los acueductos. Pero el medioevo desatiende a los acueductos por otros intereses quizás menos mundanos, centrados siempre en la simbología.

Puede decirse que la enfermedad y la muerte son las causas de la ciencia moderna y de su metodología. Solo que estas causas no operan, como es generalmente el caso, de manera directa e inmediata. De forma acertada, Foucault caracteriza al pensamiento occidental como un pensamiento de la exterioridad: las ciudades se construyen en la cima de las montañas o en las playas, pues así logran dominar el espacio circundante y prever la llegada de los invasores, de los extranjeros, por lo menos. Pues bien, los fundamentos religiosos del pensamiento de la exterioridad se encuentran en los pilares mismos de las tres religiones mono-teístas constitutivas de Occidente. Diferentes entre sí, en varios aspectos, lo común al judaísmo, al cristianismo y al islamismo es que son pensamientos y actitudes fundados en la trascendencia. La trascendencia es aquella instancia, externa y ajena a los seres humanos, que estos deben poder alcanzar para realizarse a sí mismos. La búsqueda de Dios no es, en absoluto, un asunto menor.

Pues bien, el materialismo y el dualismo sirvieron de base a la medicina que emergía en la modernidad, y a las disciplinas, ciencias y prácticas que le eran concomitantes (Vesalius,

Loewenhoeck, Fresnel y otros). El ser humano fue comprendido como un mecanismo o máquina, y lo que llegaría a ser la medicina se escindió de otros campos que llegarían a conocerse como la sociología, la antropología o la psicología. El lenguaje de la medicina expresa y sedimenta exactamente estas concepciones, aproximaciones y métodos. Se trata notablemente del desarrollo de modelos mecánicos. No sin buenas justificaciones, el asunto de la medicina era la enfermedad. La subsiguiente medicalización de la sociedad y del cuerpo humano habrá de tener consecuencias muy precisas, al respecto. Un asunto que es de interés de campos próximos como la filosofía, la política y la bioética.

1.3 Una mirada a la apoptosis: superando el dualismo

La biología en general se articula en dos grandes dimensiones: la biología del desarrollo y la biología de la evolución. La primera se enfoca en la ontogénesis (cfr. Gould, 2010), en tanto que la segunda se concentra en la filogénesis. Pues bien, la apoptosis es el fenómeno de la producción de muerte en las células, como un acontecimiento normal y ordenado por parte del organismo (ontogénesis). La contraparte de la apoptosis, si cabe decirlo así, es la necrosis, la cual es la muerte violenta desordenada y exterior de la(s) célula(s). La expresión desafortunada que usualmente se usa para hablar de apoptosis es que se trata de la muerte programada de células. La idea de programación remite al dogma central de la biología y olvida supinamente las contribuciones de autores como Jacob y Lewontin. Pero, para efectos prácticos, puede seguir siendo usada.

En una palabra, la apoptosis es el proceso mediante el cual la vida produce la muerte para que la vida misma se siga haciendo (más) posible. Este proceso tiene lugar desde la formación del embrión y sucede de manera incesante hasta el envejecimiento y la muerte del organismo. Queremos decirlo de manera directa: la muerte no existe; solo existe la vida. Pero vayamos algo más lento.

El marco general del estudio de la apoptosis es la fisiología y el tema de base es el crecimiento y desarrollo de los organismos; por tanto, la morfología. Existen diversas formas de apoptosis, pero la primera y más importante es la de destrucción, por parte del organismo, de las células dañadas. De esta suerte, la apoptosis se encuentra directamente vinculada con el sistema inmunológico cuya función primera y determinante consiste en la reparación de células, tejidos y órganos. La vida es un sistema de autorreparación permanente, de posibilitamiento de sí misma, de incesante autocorrección de sí misma con la finalidad de hacerse a sí misma — a la vida — posible. En el año 2002, la apoptosis se reconoció como un fenómeno de posibilitamiento de la vida por parte de sí misma¹.

La Tabla 1 presenta los hitos más importantes en el origen y desarrollo de la apoptosis:

¹. Se trata del premio Nobel, concedido a S. Brenner, H. R. Horvitz y J. E. Sulston “por sus descubrimientos relativos a la regulación genética del desarrollo de órganos y la muerte celular programada”, como señala el texto de la Academia Sueca de las Ciencias.

Tabla 1. Hitos en el origen y desarrollo de la investigación sobre apoptosis

| Autores | Año | Fuente |
|--|------|---|
| Vogt, K. | 1842 | <i>Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Geburtshelferkröte (Alytes obstetricians)</i> |
| Kerr, J. F., Wyllie, A. R., and Currie, A. R. | 1972 | <i>British Journal of Cancer</i> |
| Zamzami, N., Marchetti, P., Castedo, M., Zanin, C., Vaysière, J.L., Petit, P.X., and Kroemer, G. | 1995 | <i>Journal of Experimental Medicine</i> |
| Barinaga, M. | 1994 | <i>Science</i> |
| Kerr, J. F. | 2002 | <i>Toxicology</i> |
| Horvitz, H. R. | 2003 | Nobel Lecture |

Fuente: Elaboración propia, 2020.

El trabajo de Vogt es referido por casi todas las demás fuentes secundarias como una primera fuente de inspiración para el descubrimiento de la apoptosis (cfr. “Investigaciones sobre la historia del desarrollo del sapo partero (*Alytes obstetricians*)”). Pero existe un consenso en que el trabajo de (Kerr *et al.*, 1972) constituye la expresión de la primera vez que la apoptosis es descubierta. Como se aprecia, una fecha muy reciente. Sin embargo, fue mucho después cuando las investigaciones en torno a este fenómeno biológico se convierten en un eje central de investigación en biología. Al cabo, los trabajos sobre apoptosis son reconocidos formalmente con la concesión del premio Nobel de medicina y fisiología de 2003 a Horvitz (Horvitz, 2003).

Como es sabido, los organismos están compuestos por células genéticamente idénticas que llevan a cabo diversas funciones de especialización en beneficio de la vida del organismo. La apoptosis está relacionada también con el reloj biológico y entonces el envejecimiento tiene lugar como un acontecimiento propio al individuo, en beneficio de la especie. Volveremos al final sobre esta idea.

La explicación de la selección natural como el mecanismo lógico, que explica a los sistemas vivos, en general, es válido solo bajo una condición: se trata de una explicación válida únicamente “desde afuera”; por ejemplo, en las relaciones entre especies, o bien en las relaciones entre una especie y el medioambiente. Con una observación fundamental: el medioambiente es un concepto, un espacio, esencialmente abierto e indeterminado. Si cabe la expresión, a “nivel interno”, la selección natural deja de operar: la vida es una amplia red de cooperación creadora y autocreadora incesantemente².

² La selección natural sigue funcionando como explicación al interior del organismo tan solo en el caso del cáncer. Como es sabido, el cáncer consiste en una sola célula que deja de cooperar. Antes de convertirse en una célula cancerígena, la célula “disidente” pasa por entre ocho y diez mutaciones en genes específicos antes de convertirse en maligna. El sistema inmunológico puede producir antígenos durante estas ocho a diez mutaciones. Después, el tumor es un hecho. Las mutaciones tienen lugar en dos conjuntos de genes particulares: los oncogenes y los genes supresores de tumores. El tumor maligno adopta inicialmente el tamaño de un par de milímetros y requiere de sangre para subsistir. Comienza entonces la ingestión de tejidos vecinos, dándole así espacio al tumor para que crezca. La ruptura de los tejidos aledaños es posible gracias a la producción de enzimas potentes. La más temible de todos los comportamientos de la célula cancerígena que ha venido creciendo es la metástasis. Como se aprecia, todo responde a una impecable lógica de selección natural. La selección natural no tiene ningún propósito, ninguna finalidad, en fin, ningún sentido.

La apoptosis cumple una función filosófica en el corpus de la biología, pues ella, acostumbrada a pensar siempre sistemas vivos, se enfrenta ahora con la muerte y debe poder explicarla (Renehan *et al.*, 2001). Esa es exactamente la función de la apoptosis: comprender que la muerte de las células tiene lugar en beneficio del organismo como un todo; esto es, de la vida.

Diariamente, un adulto normal sufre la apoptosis de entre diez y veinte billones de células al día. Este hecho puede ser interpretado de dos maneras radicalmente diferentes. En términos negativos, podría decirse que cada día los organismos están muriendo inevitablemente. Sin embargo, los diez-veinte billones de células que mueren cada día son correspondientemente reemplazados en simultáneo. En consecuencia, el organismo —la vida en general— es un proceso de continua creación y recreación de sí mismo (Kerr, 2002). Todas las células, incluso las neuronas³, son reemplazadas en tiempos y en escalas diferentes. La vida es un proceso de incesante creación y recreación, cotidianamente. Un hecho absolutamente fantástico.

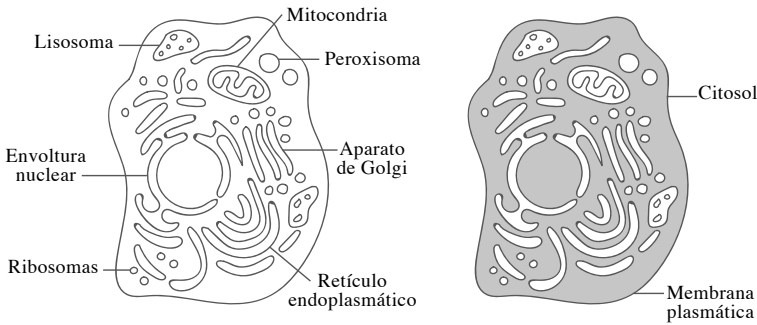
Ahora bien, ¿cómo tiene lugar la apoptosis? La célula se encoge y comienza a desarrollar una especie de ampollas en su superficie. El ácido desoxirribonucleico o DNA y las proteínas se condensan en la vecindad de la membrana nuclear. Por último, la célula se rompe en pequeñas estructuras envueltas en la membrana llamados cuerpos apoptóticos. Finalmente, el sistema inmunológico canibaliza estos cuerpos y la célula original desaparece, sin ruido, imperceptiblemente. Este proceso tiene lugar por cien-

³ En algunas regiones del cerebro, más del ochenta por ciento de las neuronas que se formaron en las primeras fases de un embrión, desaparecen antes del nacimiento. (Cfr. Lane, 2006, p. 203)

tos, miles de veces cada segundo en todo el organismo. Las células que sufren apoptosis son células que han sufrido estrés por alguna razón. Evidentemente, la apoptosis requiere de adenosín trifosfato o ATP para que se pueda llevar a cabo. La muerte celular requiere también de energía; sin esta energía, la muerte apoptótica no puede suceder (Zamzami *et al.*, 1995).

Pues bien, la apoptosis ha sido observada en seres humanos, en mamíferos y en plantas. Esencialmente, es el fenómeno que tiene lugar en las células con núcleo, las eucariotas, las que tienen un núcleo mitocondrial. Verosímilmente, es la propia mitocondria la que se encarga de la apoptosis de una célula (Lane, 2006).

Pues bien, los ejecutores de la muerte programada de las células son proteínas llamadas caspases (que es el acrónimo de **proteasas** cisteínicas-**asp**artáticas). Hasta el año 2009 se habían identificado entre doce y catorce caspases en los seres humanos, y diez en los ratones. Respectivamente se denominan caspases 1, 2 y así sucesivamente, estas se clasifican según si son iniciadoras, ejecutoras o inflamatorias de la apoptosis. Las caspases, naturalmente, son producidas continuamente en el organismo. Las caspases actúan en cascadas. En el lenguaje de la complejidad se hablaría de cascadas de errores, esto es, cascadas de proteasas encargadas de la muerte programada de la célula. Ulteriormente, se produce una despolarización de la membrana interna de la mitocondria y se generan radicales libres, todo lo cual produce citocromo c y otras proteínas en el citosol, lo cual pone en marcha la partición de la célula en pequeñas porciones (Kraus, 2008; Erhardt, Ambrus, 2009). Todo lo demás son aspectos técnicos. Baste aquí este cuadro general para entender la apoptosis. La figura 1 ilustra esta idea general:



Ocupa el espacio entre la membrana plasmática, envoltura nuclear y membranas de los orgánulos

Citosol: medio líquido interno del citoplasma (hialoplasma)

Figura 1. El citoplasma.

Fuente: Hernández, A., 2013

Como quiera que sea, es fundamental atender al hecho de que la vida es una red altamente estructurada de cooperación. En otras palabras, la estructura y la lógica de la vida se fundan en inteligencia de enjambre, aprendizaje recíproco, interdependencia, cooperación y mutualismo, redes complejas. *A fortiori*, la salud es esa condición humana que tiene exactamente los mismos rasgos y propiedades: científica, filosófica, cultural y espiritual; la idea es maravillosa.

En contraste, la vida, como la naturaleza misma, no sabe, absolutamente para nada, de jerarquías. La vida es una gran red de simbiosis, de cooperación, de ayuda mutua —en toda la expresión de la palabra—. Este descubrimiento no tiene, a la fecha, más que unos cuantos años (Wilson, 2012; Nowak, 2011; Seeley, 2010).

1.4 Una mirada crítica a la enfermedad y la muerte

Occidente es esa civilización que nació en medio del miedo y que ha vivido con miedo a las invasiones, al extranjero, a las guerras, al pillaje, a la muerte, en fin, miedo al miedo, entre muchos otros (Delumeau, 2012). Como consecuencia, Occidente tiene una doble estructura mental: es tanto una estructura militarista, esto es, belicista y guerrerista, como una estructura mental de exterioridad. En el primer caso, sin la menor duda, el concepto subterráneo más importante en la historia de Occidente ha sido el concepto de enemigo. Recientemente, se ha transliterado el concepto como “contrincante” u “opositor”, por ejemplo. En el segundo caso, ya Foucault ha observado que la estructura de exterioridad ha llevado a que las ciudades se construyan a la orilla del mar o sobre la cima de una colina, lo cual permite el control del espacio y así, la anticipación. Una cultura de miedo es, manifiestamente, una cultura enfermiza, para nada sabe de vida. Una vida en el miedo no es vida.

Pues bien, la medicina occidental se ha definido durante 2500 años en función de la enfermedad y a esta como a la pobreza o a la ignorancia, “hay que derrotarlos”; hay que combatir la pobreza, hay que proscribir la ignorancia mediante la educación, en fin, hay que saber afrontar a la enfermedad y la muerte. En consecuencia, la medicina llegó a organizarse como un cuerpo de prácticas vertical y bajo modelo jerárquico militar. Una forma determinada de conocimiento siempre se acompaña de una forma social de organización del conocimiento.

Desde el punto de vista de la antropología, esta circunstancia de Occidente no puede ni debe ser generalizada, por el contrario siempre bien determinada. La tragedia de la humanidad estriba en que Occidente confundió su destino con el destino entero de la humanidad. Pero lo cierto es que tanto el concepto de cultura como el de civilización apuntan siempre a lo particular, a lo singular, y nunca a la universalidad.

Como consecuencia y al mismo tiempo expresión de lo anterior, Occidente practicó siempre una medicina curativa e invasiva. No obstante, existieron siempre y aún hoy, al mismo tiempo, otros tipos de medicina que no son simples y llanamente curativas ni invasivas. La historia de la medicina ha ido siempre de la mano de la historia de la ciencia, en general, y de la historia de la tecnología. En nuestra época, las tres han terminado por confluír en una amalgama a la que se han sumado otros agentes, notablemente, la ciencia de materiales (prótesis de toda índole: tubos, plásticos, biopolímeros, en fin, muy recientemente, el grafeno)⁴.

Solo en una historia muy reciente, la propia medicina occidental ha llegado a reconocer y a convivir —a regañadientes— con otros tipos de medicina⁵, todos los cuales, por decir lo menos, se denominan no occidentales, esto es, alternativas no tradiciona-

⁴ Somos conscientes del más reciente descubrimiento, incluso, verosímilmente mejor que el grafeno, que es el borofeno. Sin embargo, debido a la aún incipiente bibliografía al respecto, omitimos una referencia directa y más amplia a este material.

⁵ Las medicinas no tradicionales comprenden a la medicina ayurvédica, la aromaterapia, la apiterapia, la curación mediante cristales, el método shiatsu, la homeopatía, la acupresión, la hirudoterapia, la terapia manual, la fitoterapia, la terapia magnética, los métodos peloides, el qigong, la acupuntura, la talasoterapia, la hipnosis.

les. Como consecuencia, la medicina ha reconocido en general dos formas de acción: la curación y la prevención.

La enfermedad, no sin buenas justificaciones, ha sido el pivote lógico, racional, metodológico y heurístico de la medicina. Así, la historia de la medicina va de la mano con la historia de las enfermedades. Y en el fondo, como el más importante actor de reparto, en su lucha contra la muerte. Esta es la historia que va desde Hipócrates y Galeno, a Vesalius, Loewenhoeck y Fresnel, hasta nuestros días.

Gracias a la tríada entre medicina, políticas públicas —notablemente las llamadas políticas públicas de salud (*healthcare*)— y los avances de la ciencia y la tecnología logramos ganar una vida de más, literalmente (de Rosnay *et al*, 2006). Así, la cultura logró avances enormes para los que, previsiblemente, la biología no estaba preparada. La humanidad ganó en esperanzas y en expectativas de vida, al mismo tiempo. Precisamente por ello se hizo el descubrimiento de enfermedades propias de la vejez.

Digamos que el foco de la medicina en la enfermedad y todos sus logros y avances hasta nuestros días tiene el mérito evolutivo de habernos traído hasta el presente. Somos el resultado de haber logrado derrotar enfermedades tales como la peste bubónica, la negra y tantos otros males y desgracias. Sin embargo, de cara al futuro, esa misma medicina ya no parece ser necesaria en el estado en que ha vivido y se ha desarrollado. La razón específica es que, en toda la extensión de la palabra y que por tanto desborda ampliamente a la economía, esa ciencia es donde nació el concepto: vivimos, por primera vez en la historia de la humanidad, en un diferente de suma cero. En otras palabras, es exactamente en el marco de un mundo semejante que nace la complejidad; por consiguiente, se hace imperativo no pensar ya

más la enfermedad y ni siquiera el continuo salud-enfermedad, sino, mejor aún, pensar aquello que jamás se contempló antes en Occidente: la salud.

La atención en la enfermedad, la actitud hacia la enfermedad es radicalmente distinta que hacia la salud. La comunidad médica en toda la extensión de la palabra —médicos, enfermeras, terapeutas, etc.— ha sido formada atávicamente hacia la enfermedad. Pues bien, es hora de comenzar a cambiar esta actitud. La preocupación principal en el giro civilizatorio que presenciamos y del que somos, de distinta manera, protagonistas, incluso sin saberlo muchas veces, se dirige esta vez, y por primera ocasión en 2500 años, hacia la salud humana que es una sola y misma cosa con la salud entera del medioambiente; esto es, concomitantemente, la salud de los animales y mascotas, las plantas, las aguas, los ambientes, la música y, de manera muy significativa, la actitud misma hacia la comida. Numerosas ciencias y disciplinas contribuyen recientemente a este giro, desde la biología de sistemas a la epigenética, desde las ciencias de la vida a la ecología, desde la filosofía a la antropología y la economía, por ejemplo.

Existe una circunstancia histórica, pero también filosófica, contradictoria en relación con la historia de la medicina y su relación (preferencial) hacia la enfermedad antes que hacia la salud. En la Grecia antigua, sobre la base de los trabajos de Alcmeón y de Filolao, la medicina griega gira en torno a dos ciudades principales, Cnidos y Cos. Hipócrates —a quien se atribuye el origen de la medicina, precisamente ya en la era de Pericles— era originario de Cos, sostenía una visión que hoy llamaríamos holista de la medicina. En su concepción, el organismo debe ser considerado y examinado como un todo, incluso indisociable del medioambiente y del propio tiempo. A la escuela de Cos se

oponían los seguidores de la escuela de Cnidos —hoy en Turquía— quienes proponían, en contraste, el estudio de órganos y las enfermedades que les corresponden. Así, mientras que la tradición filosófica se remonta a Cos e Hipócrates —recuérdese el juramento hipocrático—, lo cierto es que en la práctica termina triunfando la escuela de Cnidos, y que se expresa, hoy, en las especializaciones médicas de toda índole⁶, las subespecializaciones y las subespecializaciones. Para la Escuela de Cnidos existe una patología de órganos, punto; y a ella se deben dedicar los médicos y, en general, los miembros de la comunidad de las ciencias de la salud (Cfr. Vincent, 2002).

Como se aprecia, la enfermedad es el resultado del análisis del organismo vivo y analizar significa, literalmente, dividir, fragmentar, compartimentar, segmentar. La medicina es la hija en el plano organismico de la tradición occidental que se funda, en esta corriente, notablemente en Aristóteles, quien destaca la idea de que pensar, estudiar, reflexionar, investigar consisten en analizar⁷.

Un método y una estructura mental que analiza y por tanto divide, solo puede ver en el organismo órganos y, si fuéramos generosos, órganos y tejidos; lo cual, epistemológicamente equi-

⁶ Como es sabido, la medicina tradicional abarca las especialidades clínicas, quirúrgicas, clínico-quirúrgicas y las de laboratorio.

⁷ De hecho, la obra más importante de Aristóteles, si se piensa en volumen, no es la *Metafísica*, la *Política* o la *Ética* a Nicómaco, sino su texto de lógica: los *Primeros Analíticos* y los *Segundos Analíticos* (traducidos en ocasiones también como los “Analíticos Anteriores” y los “Analíticos Posteriores”). Como consecuencia, para toda la tradición occidental, dicho sin más, pensar es analizar (y en metodología de la investigación, cuando se les pide a los jóvenes investigadores que fijen los objetivos con verbos medibles, irremediablemente aparece siempre “analizar”).

vale exactamente a “cosas” “objetos”. La enfermedad es concomitante a “cosas” y se escapa así, fatídicamente, la salud. El resultado es el de considerar al ser humano como un “objeto” (de estudio o de tratamiento), al que se denomina eufemísticamente “paciente”. La carga de vida del “paciente” se pierde por completo y, con ella, su subjetividad. Este panorama se torna tanto más dramático cuando se piensa en la medicalización de la sociedad, en fin, por ejemplo, en la terapeutización de la educación y del proceso enseñanza-aprendizaje. Existe ya suficiente bibliografía sobre ambos temas.

Como se aprecia sin dificultad, la enfermedad es el resultado —dicho desde el punto de vista lógico, metodológico y heurístico— de la segmentación del organismo. Precisamente por ello, la medicina, como el Búho de Minerva, llega siempre tarde, al atardecer, por así decirlo, a las dolencias y males de los seres humanos. Afortunadamente, muchas veces es posible aún curar las enfermedades, pero es ética, social, política y culturalmente nefasto e indeseable que la medicina llegue tarde a la enfermedad, una expresión que es en realidad un pleonismo. Precisamente por ello, una vez que el paciente se ha recuperado satisfactoriamente de un tratamiento, el médico se desentiende de él; particularmente, en la tradición y en el sistema de salud actualmente en el mundo.

De esta suerte, sin ambages, cabe decir que la muerte es el resultado de unas enfermedades que se suman a otras y que se entretrejen con otras y que conducen necesariamente al fallecimiento del organismo. Existe una circularidad peligrosa e indeseable aquí, sobre la cual no parece haber luces suficientes, según parece.

Así las cosas, la salud es vista o bien como la ausencia de enfermedad —en rigor, un juicio analítico; esto es, el predicado no le agrega nada al sujeto que ya no esté contenido en el suje-

to; en otras palabras, un enunciado tautológico (Cfr. Gödel)—, o bien no es enteramente vista o ni siquiera vista del todo. Un punto ciego en la visión estereoscópica. La consecuencia es entonces perfectamente previsible: existe un dualismo doble: de un lado, el dualismo salud-enfermedad; y de otra parte, mucho más fuerte, el dualismo vida-muerte.

Pues bien, es exactamente en contra de este dualismo que este texto quiere argumentar. No existe la enfermedad, solo existe salud. Giremos entonces la mirada en esta dirección.

1.5 El giro hacia la salud: un movimiento sorprendente

La apoptosis es una manera de comprender la más importante actividad del sistema inmunológico, a saber: la reparación. Un sistema vivo se define, en contraste con cualquier fenómeno distintivamente abiótico, por su capacidad de auto-reparación. Arreglar una célula averiada implica termodinámicamente un costo mayor que llevar a cabo la apoptosis. Existe una dúplice vía en el camino de los sistemas vivos: de un lado, el sexo contribuye a eliminar genes dañados (Margulis, Sagan, 1998); de otra parte, al mismo tiempo, la apoptosis elimina células dañadas. El sexo y la apoptosis —laxamente, el sexo y la muerte— se encuentran estrechamente entrelazados. Con una salvedad: el sexo consiste, biológicamente hablando, en mezclar cosas, con lo cual se vuelven aleatorias. La apoptosis, por el contrario, es un silencioso programa ordenado mediante el cual la aleatoriedad se reduce.

La enseñanza que se puede extraer del fenómeno de la apoptosis es que la muerte no existe; la muerte —específicamente, de

las células— es un proceso organizado por el propio organismo a fin de que la vida se haga posible y cada vez más posible. Ya desde los tejidos interdigitales en el embrión y el feto, los trabajos sobre las estructuras vestigiales y, en general, el funcionamiento del sistema inmunológico, por ejemplo, pone de manifiesto que no existe muerte cuando el fenómeno es visto internamente, es decir, en términos biológicos. La muerte, en sentido lato, sucede como un acontecimiento externo: es lo que sucede desde la necrosis hasta las relaciones presa-depredador y en el plano social y cultural, esa perversión que es la violencia y el mal. El violento no se hace biológicamente mejor mediante sus actos; tan solo, en el mejor de los casos, se hace mejor solo culturalmente. La cultura debe poder aprender de la biología: en la naturaleza la violencia no existe.

Desde el punto de vista biológico, en toda la línea de la palabra y que comprende a la genética tanto como a la citología, a la histología y a la biología de sistemas, notablemente, la muerte es un acontecimiento que el propio organismo estructura, de manera programada, para que la vida se siga haciendo posible por otros medios. Literalmente, la muerte es un producto derivado de la vida. Solo hay vida, no hay muerte. La muerte del individuo beneficia a la especie. Pero vayamos más despacio.

La salud es un fenómeno que empieza mucho antes del organismo, que sucede en el individuo, pero que termina mucho después del organismo. Al pie de la letra, la salud del organismo es imposible sin la salud, al mismo tiempo, del entorno en el que vive el individuo. Un entorno enfermizo termina por enfermar a un organismo. La epigenética tiene aquí toda la palabra.

En efecto, heredamos experiencias tanto como que transmitimos experiencias. Estas son heredadas y transmitidas a través

de procesos de metilación y, de acuerdo con el estado actual de la cuestión, suceden en los seres humanos, en los animales y en las plantas. La herencia y la transmisión de experiencias — variación — han sido comprobadas hasta tres generaciones, hacia adelante y hacia atrás (Jablonka y Lamb, 2005; Pintér y Meészáros, 2010; McNew *et al.*, 2017).

Desde varios puntos de vista la idea es evidente: desde el fisiológico, epigenético y biológico, lo único que existe es la salud. La senescencia —el reloj biológico— cumple un papel biológico fundamental, a saber, permitir que experiencias anteriores puedan ser transmitidas culturalmente a los más jóvenes, para no mencionar cuidarlos. La muerte del individuo redundaría en la afirmación y el posibilitamiento de la especie. Por tanto, desde el punto de vista de la vida de la especie, la muerte del individuo: a) no existe, o bien, b) es un fenómeno organizado que busca un beneficio mayor. *A fortiori*, la muerte de las células es un proceso organizado que busca una meta superior: la salud y la vida del organismo (McNew *et al.*, 2017). El organismo solo sabe de salud, no de enfermedad. Culturalmente hablando, la enfermedad es un fenómeno aprendido, y como tal debe ser desaprendido: hemos llegado, histórica y evolutivamente, al momento del desaprendizaje de la enfermedad. Solamente existe la salud.

¿Cabe aquí retomar una idea del padre de la homeopatía según la cual “no existe la enfermedad, solo los enfermos”? Para los partidarios de una visión ortodoxa de la medicina esta parece sonar como una idea indeseable, si no, peligrosa o impresentable. Podemos tomar aquí la idea de Hahnemann para resaltar lo evidente: sirve de base para la medicina transpersonal —mejor aún— la medicina de precisión y farmacogenética: cada individuo es un caso singular y debe ser considerado como tal. Sin

embargo, al mismo tiempo, se trata de una idea que apunta más allá de sí misma: se refiere al reconocimiento de los organismos —por ejemplo, los individuos en el mundo humano— emprenden comportamientos —usualmente atávicos y mediados por evidentes circunstancias económicas y sociales— gracias a los cuales descuidan su propia existencia, se alimentan regular y mal, y oscilan en comportamientos socialmente peligrosos. Lo dicho: el ser humano no se muere porque sea mortal sino porque existen circunstancias económicas que les impiden alimentarse bien, o fenómenos sociales que los hacen objeto de homicidio y asesinato. La enfermedad sucede por razones epigenéticas y la muerte es un escándalo social, cultural e histórico cuando sucede por razones culturales. En el contexto cultural, la más denostable de todas las muertes son las muertes colectivas: guerras de toda índole (no solamente militar), asesinatos masivos, en fin, extinciones en masa (no extinciones de fondo, para hablar el lenguaje de la paleontología). Las muy elevadas tasas de homicidios constituyen ejemplos deleznable de extinciones en masa, aunque parezcan acontecimientos individuales.

Es importante resaltar esta idea: la salud es un proceso de creación y recreación permanente que envuelve y atraviesa al organismo, pero que ni comienza ni termina en él. Si ello es así, entonces resulta cuestionable la idea de que la unidad número uno de la medicina, por así decirlo, es el paciente, esto es, la clínica. Esto es cierto cuando se cree, en acuerdo con la tradición occidental, que la sociedad está compuesta por (una sumatoria de) individuos y que, por tanto, el individuo es la unidad de base de la sociedad. La naturaleza no conoce un parangón semejante; es decir, la naturaleza no sabe de individuos o individualidades; al fin y al cabo se trata de una de esas ideas raizales en la civilización occidental.

En otras palabras, la salud es un fenómeno multiescalar: abarca al individuo tanto como al grupo, a la especie tanto como al nicho ecológico, al bioma tanto como a la biosfera, y ninguno puede decirse firmemente que es la unidad de base; mucho mejor aún, aquello que se observa en una escala determinada sucede igualmente en las demás escalas. Dicho en el lenguaje de la medicina, la clínica no es mejor ni superior a la salud familiar o comunitaria, ni estas a la salud ambiental. El cuidado de la salud es bastante más que una aproximación clínica. Pero si ello es así, la medicina se transforma en sanalogía (Maldonado, 2018a); esto es, el buen médico debe saber de economía, de nutrición, de música o de antropología, por ejemplo. Esta no es sino la traducción contemporánea de Hipócrates y de Galeno: el buen médico debe ser un filósofo. El nombre del tema es, por decir los menos, interdisciplinarietàad.

De esta suerte, la salud es un asunto eminentemente inter y transdisciplinario, y no ya única ni principalmente sanitario, higienista. La salud humana implica a la totalidad de la historia y la cultura en todas sus gamas y facetas, pero entonces, por ello mismo, implica a la naturaleza en toda la extensión de la palabra. Sencillamente, no hay dos cosas: naturaleza y cultura, sino una sola. Esa unidad es la vida misma. Pensar la salud y hacerla posible es una sola y misma cosa con la preocupación y el cuidado de la vida. El más complejo y el más sensible de todos los problemas, sistemas o fenómenos imaginables.

Esta idea representa un reto sin igual para la medicina y las ciencias biomédicas. Dicho sin más, la medicina es un asunto distintivamente humano. Cuando no lo es, adquiere apellido, por así decirlo; se trata, verbigracia, en lo que sucede con la expresión “medicina veterinaria”. Así las cosas, existe una fuerte asimetría entre la preocupación por el ser humano y la preocupación por la vida. Encontramos aquí el nexo que conduce de la medicina a

las ciencias de la vida. Y este es el núcleo de nuestro argumento aquí: la medicina debe poder abrirse a las ciencias de la vida en toda la extensión de la palabra y que, necesariamente, se vinculan intrínsecamente con las ciencias de la complejidad (Maldonado, 2019b). Aunque parezca un enunciado superficial, las ciencias de la vida no son antropocéntricas, ni antropomórficas. El cuidado de la salud humana, fundamental como es, no garantiza la salud del medioambiente. Pero sí es posible decir razonablemente que, dada la complejidad de la naturaleza, la salud del medioambiente sí es condición para la salud humana. Dicho en términos de epistemología, se trata de dejar de pensar en términos de causalidad para pensar en términos de correlación(es). La causa del efecto es la consecuencia de la causa, y así en bucles crecientes de retroalimentación positiva y/o negativa, según el caso.

Dicho en términos generales, los seres humanos han roto el balance o el equilibrio de la naturaleza produciendo eso que erróneamente ha sido denominado como el “antropoceno”⁸. La verdad,

⁸ El concepto de “antropoceno” no es más que un término de moda (*fancy word*) que explica muy mal el daño que los seres humanos están infringiendo en la naturaleza, pues produce no solamente el calentamiento global, sino, peor aún, la destrucción de la naturaleza. El calentamiento global es tan solo un efecto, una de las consecuencias de la destrucción de la naturaleza debido a esa desviación perversa, consiste en considerarla como recurso. El antropoceno es un concepto equivocado debido a que adopta con una palabra una era geológica. Pues bien, es preciso recordar que la geología cuenta a partir del millón de años; la historia de los homínidos apenas sí abarca alrededor de 40.000 años. El término de antropoceno esconde un problema sensible: la depredación de la naturaleza por parte de los seres humanos es en realidad la obra, el modo de producción basado en el libre mercado, el cual hace desear a los seres humanos cosas que no necesitan debido al peso de tres factores: el diseño, el mercadeo y la publicidad. (Cfr. Maldonado, 2019a)

dicho de forma directa, la salud no ha sido posible hasta la fecha debido a que el ser humano se distanció (¡y se contrapuso!) a la naturaleza. La salud solo es posible con y de cara a la naturaleza; no simple y llanamente atendiendo al universo humano, punto⁹. Toda una filosofía de la naturaleza emerge ante la mirada sensible. Digámoslo mejor: emerge en realidad una sabiduría de la naturaleza. La sabiduría consiste en un conocimiento de la naturaleza y un estilo de vida acorde con ella, por decir lo menos. La filosofía (de la naturaleza) es apenas una reflexión sobre ella (quizás, con la notable excepción de Colli, 2011, el cual es por sí mismo una estupenda indicación de la dirección correcta hacia la cual mirar).

1.6 La salud es la única solución que la vida conoce

La complejidad es el resultado de procesos de cooperación; esto es, de interacción, co-dependencia, interdependencia, aprendizaje recíproco, adaptación mutua, en fin, inteligencia de enjambre. Dicho ampliamente, en el lenguaje de la ecología y de la biología, la vida es, manifiestamente, el resultado de procesos continuos de mutualismo, comensalismo y cooperación, los cuales pueden ser comprendidos aquí como equivalentes. La perversión en la vida estriba en la depredación, en toda la línea de la palabra. En eso exactamente consiste la salud: en una red, un entramado, un teji-

⁹ El buen médico, como es sabido, solo ayuda a que la naturaleza repare células, tejidos, órganos dañados. Eso sí, gracias, entre otras cosas, a mucha y muy buena ciencia, tecnología e investigación.

do de procesos, fenómenos y dinámicas de cooperación, aprendizaje mutuo y adaptación recíproca. Una puerta magnífica se abre ante un entendimiento sensible.

La historia reciente del conocimiento científico se trata de en un descubrimiento de la naturaleza como tal; no de la naturaleza ni como objeto de trabajo o reflexión, ni como fuente de recursos (naturales). Esta es una historia que, *grosso modo*, abarca desde los últimos lustros del siglo xx hasta la fecha. Inicialmente, se trató de la etología y, por tanto, las contribuciones originales de K. Lorenz y N. Tinbergen, hasta la fecha. Posteriormente, surge la mirmecología, gracias a los trabajos de E. O. Wilson. Asimismo, es preciso hacer referencia al estudio de los himenópteros benéficos, especialmente las abejas. La primatología y, en especial, los trabajos de F. de Waals ocupan un lugar importante en esta historia. De igual manera, recientemente se trata de la emergencia de la neurobiología de las plantas, gracias a las contribuciones de F. Baluska y S. Mancuso. Siempre se hace indispensable mencionar en este contexto los estudios sobre las bacterias y, en particular, los trabajos de E. Ben-Jacob. Siempre será necesario incluir, en este marco, las observaciones de tipo cultural, espiritual y artístico de J. Bronowski acerca de los animales alrededor del mundo.

Con estos vectores de investigación hemos logrado varios descubrimientos. Cabe destacar los siguientes:

- Existen *comportamientos* en toda la expresión de la palabra que son comunes o transversales a animales, plantas y seres humanos.
- Existen *estructuras mentales y cognitivas* convergentes entre plantas, animales y humanos.

- Existen *patrones* tanto individuales como colectivos transversales en las estructuras organizativas y en las relaciones con el mundo y el medioambiente en seres humanos, plantas y animales.
- Existen *problemas* absolutamente *comunes* de orden anatómico, fisiológico, termodinámico y sistémico entre plantas, seres humanos y animales.
- En fin, hay infinitamente *menos diferencias* (o distancias) en cualquier plano que se quiera considerar entre las formas y expresiones de la vida, y consecutivamente más patrones y rasgos comunes entre los seres humanos, las bacterias, los animales y las plantas.

Al panorama y a las observaciones anteriores es absolutamente indispensable considerar a la genética. En verdad, pensar genéticamente significa descubrir que los seres humanos se distancian en alrededor del 5% o menos del resto de los animales y plantas en el planeta. Es más, lo que nos une que lo que nos separa en la naturaleza.

Como se sabe, el panorama de la comprensión de la naturaleza, tanto como de la cultura ha cambiado drásticamente en los últimos lustros, cuando se los mira con los ojos del pasado y la tradición. Ello sienta, creemos, suficientemente, las bases para comprender de otra manera la vida; y, *a fortiori*, la salud en la sociedad, en los individuos, en la naturaleza.

Manifiestamente no hay dos cosas: es posible superar el dualismo. Y con él y gracias a él, el mecanicismo y el reduccionismo; especialmente el reduccionismo de tipo antropológico, antropocéntrico y antropomórfico. Ulteriormente, logramos superar el mecanicismo.

Quisiéramos decirlo, entonces, de otra manera: la salud existe solo si se piensa a la naturaleza —esto es, a la unidad cultura-naturaleza—, pues esta, que es creatividad total (Thompson, 1992; Kauffman, 1995), es una fuente inagotable de creación y de vida. En efecto, la naturaleza es el reconocimiento de que existe orden gratuito —*order for free*—; el más grande acontecimiento en la historia del universo es la emergencia de la vida pues gracias a ella la entropía del universo logra ser reducida y mantenida en niveles bajos. La vida degrada la entropía del universo —dicho inmediatamente, del sol—, y la transforma en ciclos de vida, en procesos bióticos. Literalmente, la vida consiste en la transformación de fenómenos abióticos en sistemas y comportamientos bióticos.

El descubrimiento de la enfermedad coincidió, plano a plano, con una preocupación de tipo antropológica. La enfermedad le sucedió siempre a los seres humanos. ¿Y los animales y las plantas? Allá con lo suyo. Como se aprecia sin dificultad, la enfermedad es el resultado de una comprensión distintiva y eminentemente centrada en los seres humanos. Recientemente, se hizo el descubrimiento de que también los animales y las plantas, los ríos y los mares enferman, por ejemplo (veterinaria y patología de las plantas, notablemente)¹⁰.

La salud es el resultado de una circunstancia que puede ser comprendida de diversas maneras, así:

¹⁰ Como es sabido, los orígenes de la veterinaria como ciencia (médica) se remontan a los trabajos pioneros de C. Bourgelat, en el siglo XVIII en Francia, y T. Burguess y J. McFadyean, a finales del siglo XIX, en Inglaterra. Por su parte la patología de las plantas hubiera sido imposible sin el descubrimiento del microscopio, y por tanto emerge después de los trabajos pioneros de L. Pasteur y R. Koch, también a finales del siglo XIX.

- La unidad cultura-naturaleza.
- El descubrimiento de que la naturaleza es una fuente inmensamente más amplia, rica y profunda que el espectro humano.
- La comprensión de que la naturaleza funciona, si cabe la expresión, como una fuente de creatividad y no de destrucción.

Solo existe salud cuando se la ve con la luz de la naturaleza. Y para los seres humanos, la expresión más directa e inmediata de la naturaleza es el propio cuerpo. El cuerpo como fuente de conocimiento y como origen de la vida. En el cuerpo, la escala última o básica, sin reduccionismos, es el sistema inmunológico, el más magnífico de todos los sistemas de aprendizaje y adaptación.

Radicalmente, no es única o principalmente el foco en el ser humano lo que nos enseña a pensar en la salud; por el contrario, centrados exclusivamente en los seres humanos solo se considera la enfermedad. La naturaleza, *latu sensu*, permite aprender a pensar y a vivir en términos de la salud. La condición para saber la salud es la de saber (igual a tener conocimiento) como la naturaleza y, más difícil aún, vivir como ella. Algo que conduce a las fronteras mismas del lenguaje.

La salud es, al final del día, mucho más que un asunto de información, inteligencia y educación, por ejemplo, es una cuestión de sabiduría. Necesitamos sabiduría para alcanzar la salud, necesitamos sabiduría para no perderla (Maldonado, 2018a). La gran dificultad estriba en que la sabiduría no se enseña, y no existe una propedéutica ni una metodología de o para la sabiduría. La sabiduría solo se la puede aprender. Occidente jamás hizo de este tema un objeto de preocupaciones. Al cabo del tiempo, Occidente

supo de genios, de eruditos, de personas creativas o innovadoras, pero jamás supo de sabiduría. Por decirlo de otra manera, el tema pasó desapercibido o jamás se arrojó ni siquiera una luz indirecta sobre el mismo.

La lógica de la naturaleza es como la de la vida, a largo plazo. Se trata del más complejo y magnífico de los juegos, prolongado en la historia del universo conocido. Por derivación también, por tanto, la lógica de la salud es a largo plazo. Cabe aquí una analogía histórica. En la Grecia antigua alguien podía decir que era feliz solo al final del día, esto es, ya en la vejez. La felicidad no era un asunto del momento, como sucede hoy en día. Por el contrario, era el balance, medido, de toda una existencia, y entonces alguien podía afirmar sin ambages que había sido feliz o no. Un balance de largo alcance. Pues bien, lo mismo cabe decir de la salud.

La salud no es un estado momentáneo —por ejemplo, la ausencia momentánea del dolor—, sino el balance que cabe hacer, al final del día, de una vida que ha sabido vivir bien, de una vida que ha sido buena, en fin, de una vida que ha sido pacífica o placentera, por ejemplo. Por consiguiente la salud comprende muchos otros aspectos, no simplemente los fisiológicos, sino también los afectivos o los espirituales¹¹, entre muchos otros.

En la historia del planeta se han identificado cinco extinciones masivas y estamos en presencia de la sexta. Ahora bien, esto significa que la vida no nació o surgió una sola vez en la historia de la Tierra, sino, su nacimiento ha sucedido por lo me-

¹¹ Trazamos aquí una diferencia entre la dimensión religiosa de la vida y la dimensión espiritual de la existencia. Algo que no es particularmente difícil, por lo demás.

nos cinco veces. Cada extinción ha reseteado el reloj biológico a escala planetaria. La vida ha sido un largo acontecimiento interrumpido dramáticamente por cinco, ya en seis ocasiones. Pues bien, algo semejante ocurre con la salud. La salud es un proceso de largo alcance interrumpido episódicamente por crisis, agudas, crónicas o complejas, de enfermedad¹².

Esta idea tiene un significado singular. A veces nos enfermamos para no morirnos. La enfermedad, puede decirse, es esa condición que le permite al cerebro, al corazón, al sistema inmunológico aprender y reforzarse para hacer posible la vida, por así decirlo, a través de bifurcaciones, unas más radicales, otras, menos. La enfermedad cumple así, según parece, el papel de afirmar la salud por vía de contrastes y de crisis. Como tantas veces se ha dicho, las crisis no son negativas; por el contrario, constituyen oportunidades de aprendizaje.

En otras palabras, la salud es un incesante proceso de aprendizaje por parte del cuerpo acerca de sí mismo, de los avatares del tiempo y de la vida, en fin, de los cambios medioambientales. Solo un organismo que aprende logra sobrevivir y adaptarse; y lo mismo puede extenderse, sin dificultad, a la especie. El más complejo de todos los procesos de aprendizaje lo lleva a cabo la biosfera. Debemos aprender de sus procesos de aprendizaje, los cuales son de largo, de muy largo plazo. Mientras que la lógica

¹² En medicina en general, como es sabido, se clasifican las enfermedades en tres grandes grupos: enfermedades agudas, crónicas y complejas. El sentido de “complejidad” aquí no tiene nada que ver con lo que se entiende en las ciencias de la complejidad. Hace referencia, sencillamente a la interacción no-lineal entre factores genéticos, formas o estilos de vida y situaciones medioambientales.

de la enfermedad, como por lo demás, la de la muerte, es de corto plazo, efectista e inmediatista, la lógica de la vida y de la salud es de largo plazo de una densidad magníficamente más compleja.

Hemos hecho el aprendizaje reciente de que es posible y existe efectivamente una fisiología de Gaia (Volk, 1998). Esto es, existen, funciones fisiológicas, ciclos químicos y bucles de retroalimentación; todos los cuales cumplen un papel en la estabilidad a largo plazo de la naturaleza. Una estabilidad dinámica, orgánica u orgánsmica. Pues bien, el regulador de esta fisiología es el entramado de los seres vivos, la historia de la vida a largo plazo y de gran alcance. La vida es un fenómeno que se hace posible a sí misma en procesos de emergencia y auto organización. No existen causas externas a la organización de la vida. Las causas externas, en el mejor de los casos, existen a escala local y a corto plazo; y son siempre limitadas y restringidas.

En fin, la salud es el más complejo de todos los procesos de autoorganización de un organismo, o bien, equivalentemente, de una especie en dinámicas no-lineales con otras especies y en un entorno esencialmente cambiante. La regla de calidad de la vida es el cambio, no el equilibrio (estático, por consiguiente). La salud debe ser pensada como una de las expresiones, acaso la más importante de todas, de una teoría general de procesos de largo alcance y de no-lineales. La salud no es otra cosa que un muy complejo proceso de aprendizaje por parte de los sistemas vivos, pero un aprendizaje no necesariamente consciente y reflexivo; la escala básica de este aprendizaje es el sistema inmune. Con seguridad, en el caso de los seres humanos se trata, adicionalmente, de un aprendizaje que sí implica conciencia y reflexión.

Quizás la más dramática enseñanza de la teoría de la evolución es el hecho de que no todos los organismos aprenden, no

todas las especies aprenden. El aprendizaje no es un acontecimiento necesario, fatídico o universal en la naturaleza. Aquellos organismos y especies que no aprenden se vuelven endémicos, entran en riesgo de desaparición y finalmente sufren la extinción. El aprendizaje es *conditio sine qua non de la adaptación*. Pues bien, ese proceso de aprendizaje es la salud. Solo un entendimiento lúcido y una sensibilidad refinada son capaces de aprender. El aprendizaje genera felicidad y regocijo. Es la experiencia de haber logrado las cosas, o de estar lográndolas.

1.7 Conclusiones

La expresión “la condición humana” ha tenido, atávicamente, una acepción limitante o negativa. En la literatura acaso la mejor expresión reciente se encuentra en (Malraux, 1972), publicada originalmente en 1933. La condición humana, esa expresión que ha sido bien entendida en el lenguaje de la filosofía como la facticidad (Landgrebe, 1989). Esos imponderables de los que no podemos escapar y van esculpiendo y, en ocasiones, definiendo nuestra vida.

Pues bien, queremos decir que la salud es la más importante de las condiciones humanas; esa facticidad a partir de la cual todo es posible, incluso lo imposible mismo. Esa condición a la que no sucumbimos pero que es la *conditio sine qua non* de la existencia misma. A veces vivimos con salud; a veces también vivimos a pesar de la salud¹³. Solo que esta idea es transversal a todos los sistemas vivos.

¹³ Nadie vive a pesar de la enfermedad.

Este texto está compuesto de un mosaico de conceptos diversos que incluye a la literatura, la bioquímica, la biología, la fisiología, la evolución, la paleontología, la filosofía, la medicina y una teoría del aprendizaje, principalmente. El significado de un mosaico semejante estriba en el reconocimiento explícito de que una comprensión de la salud no es posible con una única luz, cualquiera que sea, sino en el abanico de ciencias, disciplinas y saberes diferentes, acaso complementarios. Mientras que la enfermedad sí permite e incluso exige la disciplinarización del conocimiento y una alta especialización, sin ánimos dualistas, la salud requiere una visión prismática, un oído polifónico, en fin, una especie de sinestesia.

La tesis de este texto ha sido la de que la apoptosis sirve al mismo tiempo de ejemplo y de metáfora para entender la salud, dado que la muerte no existe, sino que es un fenómeno altamente organizado, programado, en función de la vida de un todo mayor, el organismo. *A fortiori*, la enfermedad tampoco existe. La conclusión no puede ser menos impactante: solo existe la salud. Sin embargo, recientemente, hemos empezado a pensarla y a hacerla posible. Digamos, incluso con el riesgo de hablar de más, que debe ser posible una medicina de la salud, no ya de la enfermedad. Aunque una medicina semejante deja de ser medicina propiamente dicha; la llamamos sanalogía. Este será el objeto de un trabajo largo y sistemático posterior.

La vida es un proceso de incesante creación y recreación de sí misma. Esta creación y recreación de sí misma es tanto salud, como sabiduría.

Pues bien, de acuerdo con algunos estudios, un proceso de creación y recreación incesante es exactamente lo que sucede en el caso del universo. Valdría recordar aquí que “complejidad”

significa etimológicamente despliegue, desenvolvimiento y, por tanto, apunta a un proceso y no a un estado. El universo es un proceso de continua recreación de sí mismo, algo que ha sido observado en el marco de la teoría cuántica (Maldonado, 2018b). Así, todo parece indicar que no existe la muerte, sino tan solo la vida: que no se crea ni se destruye, sino que se transforma permanentemente; análogamente a la energía, en la primera ley de la termodinámica (1811). Por extensión, con mayor motivo lo mismo sucede con la salud; la enfermedad no existe; se trata de un acontecimiento que la salud produce para que la salud aprenda y se mejore a sí misma. La complejidad en una cáscara de nuez¹⁴.

¹⁴ Verosímilmente, la última frontera que queda es la de las enfermedades autoinmunes. La ciencia, hasta la fecha, solo puede guardar silencio o musitar cosas pero nada claras ni evidentes. Sin embargo, permanece la esperanza de que también en este caso, en el futuro, quepa reconocer que, incluso, estas enfermedades cumplen una función de salud y de vida. La prudencia se impone aquí.

1. 8 Bibliografía

- Anónimo. (2010). *Saga de los groenlandeses. Saga de Erik el Rojo*. Anónimos el siglo XIII. Edición y traducción de Antón y Pedro Casariego Córdoba. Madrid: Siruela.
- (2011). *La Saga de Erik el Rojo*. Madrid: Nórdica Libros.
- (2012). *La búsqueda del Santo Grial*. Madrid: Alianza.
- (2013). *Cantar de Rolando*. Edición de Juan Victorio. Madrid: Cátedra
- (2015a). *Beowulf*. Versión definitiva. Versión, ensayo y notas de A. Roa Vial. Bogotá: Norma.
- (2015b). *Edda Mayor*. Traducción del islandés y edición de Luis Lerate. Madrid: Alianza.
- (2016). *Cantar de las huestes de Igor*. Edición de Ángel Luis Encinas Moral. Madrid: Miraguano Ediciones.
- Barinaga, M. (1994). “Cell suicide”, en: *Science* 263: 754-756.
- Borges, J. L. (1965). *Antiguas literaturas germánicas*. Con la colaboración de D. Ingenieros. México, D. F.: F. C. E.
- Colli, G. (2011). *La sabiduría griega I: Dionisios, Apolo, Eleusis, Orfeo, Museo, Hiperbóreos, Enigma; II: Epiménides, Ferécides, Tales, Anaximandro, Anaxímenes, Onomácritos; III: Heráclito*. Madrid: Ed. Trotta.
- Cohn, N. (2015). *En pos del Milenio. Revolucionarios milenaristas y anarquistas místicos de la Edad Media*. Logroño: Pepitas de Calabaza.
- De Rosnay, J., Servan-Schreiber, J.-L., de Closets, F., y Simmonet, D. (2006). *Una vida extra. La longevidad: un privilegio individual, una bomba colectiva*. Barcelona: Anagrama.
- Delumeau, J. (2002). *El miedo en Occidente. (Siglos XIV-XVIII)*. La ciudad sitiada. Madrid: Taurus.

- Erhardt, P., Ambrus, T. (eds.). (2009). *Apoptosis. Methods and Protocols*. New York: Human Press.
- Gould, S. J. (2010). *Genotipo y fenotipo. La ley fundamental biogenética*. Barcelona: Crítica
- Hernández, A. (2013). El citosol y las estructuras no membranosas de la célula 2013 [Presentación de diapositivas]. Slideshare. <https://es.slideshare.net/Alberkar/el-citosol-y-las-estructuras-no-membranosas-de-la-clula-2013>
- Horvitz, H. R. (2003). “Nobel lectura: Worms, life and death”, en: *Bioscience Reports* 23: 239-257.
- Jablonka, E., Lamb, M. (2005). *Evolution in four dimensions. Genetic, Epigenetic, Behavioral, and Symbolic Variation in the History of Life*. Cambridge, MA: the MIT Press.
- Jacobs, J. (1995). *Celtic Fairy Tales*. London: Senate.
- Kauffman, S. (1995). *At Home in the Universe. The Search for the Laws of Self-Organization and Complexity*. Oxford: Oxford University Press.
- Kerr, J. F. (2002). “History of the events leading to the formulation of the apoptosis concept”, en: *Toxicology*, 181-182: 471-474.
- Kerr, J. F., Wyllie, A. H., and Currie, A. R. (1972). “Apoptosis: A basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics”, en: *British Journal of Cancer* 26: 239-257.
- Kraus, G. (2008). *Biochemistry of signal transduction and regulation*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Landgrebe, L. (1989). *Faktizität und Individuation: Studien zu den Grundlagen der Phänomenologie*. Hamburg: Felix Meiner Verlag.

- Lane, N. (2006). *Power, Sex, Suicide. Mitochondria and the Meaning of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- LeShan, L., y Margenau, H. (1996). *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh. Un paso más allá de la realidad física*. Barcelona: Gedisa.
- McNew, S. M., Beck, D., Sadler-Riggelman, I., Knutie, S. A., Koop, J. A. H., Clayton, D. H., Skinner, M. K. (2017). “Epigenetic variation between urban and rural populations of Darwin’s finches”, en: *BMC Evolutionary Biology*, 17:183. DOI: 10.1186/s12862-017-1025-9.
- Maldonado, C. E. (2019a). *Turbulencias. Y otras complejidades*. Bogotá: Ed. Universidad El Bosque.
- Maldonado, C. E. (2019b). “Las ciencias de la complejidad como ciencias de la vida”, en: Villegas, M., Caballero, L., y Vizcaya, E., (Coords.), (2019). *Biocomplejidad: facetas y tendencias*. México, CDMX: Copit-arXives (en prensa).
- Maldonado, C. E. (2018a). “Seis tesis sobre complejidad y salud”, en: *Revista de Salud Universidad El Bosque*, vol. 8, No.1, enero-junio. DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2370>. <http://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2370>
- Maldonado, C. E. (2018b) “A Quantum Coherence-Recoherence-Based Model of Reality”, en: *Neuroquantology*, 16(11): 44-48. DOI: 10.14704/nq.2018.16.11.1858. <https://www.neuroquantology.com/index.php/journal/article/view/1858/1285>
- Malraux, A. (1972). *La condition humaine*. París: Gallimard.
- Margulis, L. y Sagan, D. (1998). *¿Qué es el sexo?* Barcelona: Tusquets.

- Nowak, M. A. (2011). *SuperCooperators. Altruism, Evolution, and Why We Need Each Other to Succeed*. New York: Free Press.
- Pintér, B., Mészáros, Z. (eds.) (2010). *Epigenetics. Mechanisms, Functions and Human Effects*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Prigogine, I. y Stengers, I. (2002). *La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Renehan, A. G., Booth, C., Potten, Ch. S. (2001). “What is apoptosis, and why is it important?”, en: *BMJ*. Junio 23; 322(7301), 1536-8.
- Seeley, Th. D. (2010). *Honey Bee Democracy*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Snorri. (2016). *Edda Menor*. Traducción del islandés antiguo, presentación y notas de Luis Lerate de Castro. Maddird: Alianza Editorial.
- Thompson, D. W. (1992). *On Growth and Form*. The Complete Revised Edition. New York: Dover Publications, Inc.
- Vincent, J.D. (2002). *Biologie des passions*. París: Odile Jacob.
- Volk, T. (1998). *Gaia's Body. Toward a Physiology of Earth*. New York: Copernicus.
- Wilson, E. O. (2012). *The Social Conquest of the Earth*. New York-London: Liverlight Publishing Corporation.
- Zamzami, N., Marchetti, P., Castedo, M., Zanin, C., Vayssière, J.L., Petit, P.X., and Kroemer, G. (1995). “Reduction in mitochondrial potential constitutes an early irreversible step of programmed lymphocyte death in vivo”, en: *Journal of Experimental Medicine* 181: 1661-1672; 182: 367-372.

2

Daniela Arango Ruda

**El meta-game
de la industria
de los alimentos:
¿cómo las
industrias
afectan la salud
pública?**

2.1 Introducción

La afirmación “somos lo que comemos” se atribuye al filósofo y antropólogo alemán Ludwig Feuerbach, y puede analizarse a la luz de la evolución biológica y cultural de los seres humanos” (Ercoli, 2014, p.133). No tengo certeza de que esta premisa sea cierta, ni sé si existe suficiente evidencia científica para probarla, sin embargo, lo que comemos puede hacernos mucho bien o, por el contrario, dañarnos definitivamente en términos físicos y mentales.

De todos modos, más allá de esta afirmación, debería ser de gran interés y relevancia preguntarnos cómo elegimos lo que comemos y por qué preferimos ciertos alimentos en vez de otros. Parecería a simple vista un cuestionamiento tremendamente filosófico, puesto que por años se ha creído que la decisión sobre qué comer y qué no es puramente cultural y adaptativa; sin embargo, actualmente cabría preguntarse si comer es un acto puramente social, producto de nuestras relaciones sociales espontáneas, o si más bien esta actividad tan fundamental en nuestras vidas está regida por intereses económicos de las industrias y las dinámicas de consumo.

Este capítulo abordará diversas cuestiones asociadas a las formas de alimentación de las sociedades actuales, en relación con las estrategias y formas de actuación de la industria de la alimentación y las dinámicas de mercantilización de alimentos, así como la forma en la cual estas afectan la salud de los consumidores. En primer lugar, se hará una contextualización de los conceptos salud y enfermedad, con respecto al tema de alimentación y enfermedades asociadas a este. En segundo lugar, se analizará la industria de los alimentos desde la teoría de juegos cooperativos y no cooperativos. Finalmente, se estudiarán las

consecuencias que dichos juegos tienen sobre la salud pública de las poblaciones actuales y su incidencia en enfermedades crónicas como la obesidad.

2.2 Salud, enfermedad y alimentación

Comenzaré este apartado refiriéndome al tema de salud y enfermedad expuesto por Maldonado (2018), quien afirma que la medicina, las ciencias de la salud y las ciencias de la vida, hasta hoy únicamente se han encargado de estudiar y atender la enfermedad (Maldonado, 2018); de hecho, esta información tiene más sentido si se va a la raíz etimológica de la palabra medicina, donde puede encontrarse que el término hace referencia exclusivamente al arte de curar enfermedades. Desde sus inicios, la medicina se ha encargado exclusivamente de la enfermedad; la consecuencia es que se le resta importancia a lo asociado con prevención, y que se hayan puesto mayores esfuerzos dentro de la disciplina al hecho de sanar, o como afirma Maldonado, a la “sanalogía” (2018, p. 7).

La salud es relevante para el funcionamiento de la sociedad, pues permite que cada individuo que la conforma pueda cumplir eficientemente su rol dentro de esta. Cuando el antropólogo Bronislaw Malinowski se sumergió durante un largo periodo en las islas Trobriand, de alguna manera logró confirmar, no solo que la salud era vital para el funcionamiento de la sociedad en su supervivencia, sino que también tenía un gran significado místico y espiritual. Malinowski (1972) expuso que para los trobriandeses: “la salud es un principio de estado normal” (p.86), mientras que la enfermedad significaba desorden, desarreglo y todo lo relacionado con la pérdida de la estabilidad y el equili-

brio; sin embargo, ambas, salud y enfermedad, dependían de la magia y la contra-magia.

La salud pudo ser estudiada desde la etnografía por Malinowski por una sencilla razón, a saber, que este se basó en la teoría del funcionalismo para entender la sociedad indígena de las islas Trobriand. El funcionalismo le permitió a Malinowski entender la sociedad como una totalidad en la que cada una de sus partes cumplía un rol indispensable para su funcionamiento; no obstante, él mismo planteó la necesidad de “(...) demostrar que la cultura es un todo funcional en el que sus rasgos están lejos de ser inconexos o de haberse asociado históricamente de forma arbitraria” (Malinowski, 1972, p.4). Es decir, entendió, a través de los aborígenes, que estas sociedades eran igual o aún más complejas que las de las grandes ciudades, y le permitió entender que su permanencia en el tiempo se debía a que funcionaban a través del trabajo en equipo y que dependían de que cada una de sus partes cumpliera una función vital.

El ejemplo de Malinowski y de la forma en la cual comprendió la sociedad de los trobriandeses, es importante para abordar el concepto de salud asociado a la relación que las culturas aborígenes tenían con los alimentos, al igual que las implicaciones sociales y culturales de la comida, pues lejos de estar asociada con la enfermedad, los alimentos, vistos como productos mágicos de la naturaleza, permitían acercarse a la salud.

En muchas de las sociedades actuales, sobre todo las más occidentalizadas, no definimos la salud como algo mágico y cada día la comida es menos un producto de sanación o de mantenimiento de salud. Hoy, incluso, la práctica médica ha vinculado el consumo de ciertos alimentos con la enfermedad y la cura no corresponde al consumo de otros alimentos, sino a la receta de

fármacos para solucionar lo que ellos consideran el problema, la enfermedad.

Lo anterior demuestra nuestras grandes diferencias, como sociedades actuales, con respecto a la de los trobriandeses, sin embargo, aún existen relaciones y similitudes, esto es que ambas sociedades establecen relaciones entre el equilibrio y la normalidad con la salud. Tal vez, es por esta razón que la medicina se ha encargado de estudiar la enfermedad, puesto que existe un modelo de pensamiento arraigado en la idea de que un cuerpo sano no necesita nada, mientras que uno enfermo debe ser prontamente atendido y tratado.

La idea de que un cuerpo sano no necesita nada, también está relacionada con el hecho de que es un cuerpo productivo y eficaz. Por mucho tiempo he visto cómo la medicina ha dejado de lado este cuerpo productivo y sano para enfocarse en el cuerpo improductivo y enfermo, de ahí que el sistema de salud no esté diseñado para la salud, sino más bien para la enfermedad.

El afán de sanar y alejarnos de lo enfermo, me ha permitido pensar que la enfermedad es vista como un sistema que podemos manipular y armar estratégicamente con el fin de ser mejorado; sin embargo, la enfermedad y la salud son la misma cosa, es decir pertenecen a la misma red. Entonces, ¿por qué las tratamos por separado? ¿Por qué seguimos hablando de diabetes, enfermedad coronaria, hipertensión, obesidad, por mencionar algunas, como elementos fragmentados del cuerpo? ¿O deberíamos hablar de redes que han experimentado la transformación?

En términos de lo que Holland (2004) define como Sistemas Complejos Adaptativos, pero que en este escrito denomino red, la “agregación” es una de las características más importantes en el proceso de adaptabilidad de las redes. Holland lo define así:

Un nido de hormigas puede servirnos como ejemplo. Cada hormiga tiene un comportamiento sumamente estereotipado, y casi siempre muere cuando las circunstancias no se adaptan al estereotipo. Por el contrario, el agregado de hormigas —el nido de hormigas— es un organismo sumamente adaptable, que puede sobrevivir durante largos periodos aun frente a una amplia gama de amenazas. Es como un organismo inteligente construido con partes poco inteligentes. (2004, p.10)

El ejemplo del agregado de hormigas expuesto por Holland es sumamente importante para estudiar el concepto de salud, puesto que este también funciona mediante la agregación, de allí que lo saludable sea definido como normal, e incluso dentro del sistema de salud existen medidas y rangos para clasificar lo normal y lo anormal, asociado a salud y enfermedad. Una de las mayores problemáticas que plantea la aplicación de una práctica médica enfocada a la enfermedad y no a la salud, radica en que no se ha tenido en cuenta que el cuerpo humano funciona como red; esto implica, a la vez, que su adaptabilidad a los cambios está condicionada por su capacidad de agregación y trabajo en equipo. Del mismo modo, en cuanto a la alimentación, dentro del sistema de salud no se tiene en cuenta que la comida es información dentro de dicha red.

Lo anterior implica que la salud está cada vez más fragmentada y que cada enfermedad intervenida resulta ser tan solo el fragmento de algo que, en la totalidad del sistema de salud, ha comenzado a funcionar de otra manera. Es decir, no existe la diabetes. Existe una persona que ha alterado su red, ha adquirido nueva información. Si esta alteración se debe a la relación de la persona

con los alimentos que consumió, la explicación es aún más sencilla, porque los alimentos son información para el cuerpo.

En términos de Bohm (1980): “[...] la fragmentación es un intento de extender el análisis del mundo en partes separadas más allá del campo en que sería adecuado hacerlo, se intenta, en efecto, dividir lo que es realmente indivisible” (p.18). Es decir, la salud es indivisible porque funciona como red y cada parte es fundamental para su funcionamiento, lo que llamamos anormal o enfermedad es un cambio en su determinada forma de operar. Esto implica que para sanar enfermedades (fragmentos de la salud) se esté afectando el funcionamiento de la red (salud), por lo que la preocupación de la medicina y salud pública debería ser entender cómo funciona dicha red y crear modelos explicativos que permitan propender para que este funcionamiento sea mantenido en el tiempo.

En estos términos, es importante plantear varios interrogantes: ¿estamos estudiando la alimentación desde la perspectiva de la salud o de la enfermedad? ¿Cómo está formada la relación entre sociedades actuales y la comida y en qué nos diferenciamos de las poblaciones del pasado?

2.3 ¿A qué juegan las industrias?

Si pudiéramos viajar en el tiempo para buscar respuesta a estos interrogantes y nos encontráramos con nuestros antepasados de hace 2,5 millones de años, nos sorprenderíamos al encontrar que, a diferencia de las sociedades actuales, la disposición y acceso a los alimentos era bastante limitado. Las poblaciones del pasado debieron ser muy creativas, generar estrategias constantemente

para adquirir los alimentos indispensables pasa su supervivencia (Díaz, 2014), es decir, un día había alimento, pero luego podían pasar días o semanas sin ninguna provisión.

En la actualidad las dinámicas asociadas a la disposición y acceso a los alimentos es muy distinta; pues el acceso es constante, los supermercados están rebasados de alimentos y las industrias de la comida se han encargado de que se puede conseguir casi cualquier insumo sin importar el lugar o la época del año. Aunque no es así en todos los contextos, puede decirse que aquellos lugares donde las dinámicas económicas son globalizadas, y existe una gran sobreabundancia de comida.

Lo anterior, no solo ha cambiado las dinámicas de consumo, sino que también ha transformado el significado de la comida. Según Katz (2013) [...] le otorgamos a los alimentos usos sociales que nos permiten relacionarnos, diferenciarnos, pertenecer e integrarnos a la sociedad en que vivimos. Con un plato de alimentos le demostramos al otro que es bienvenido, resaltamos un hecho importante en nuestras vidas y a veces, solo saciamos el hambre. (p.22)

Las dinámicas asociadas a la alimentación, no solo han marcado la forma en la que nos alimentamos los seres humanos, sino que también ha tenido un gran impacto a nivel cultural, modificando las tradiciones, lo cual repercute en el ámbito económico y político. Respecto a lo económico, es de resaltar el papel que juega la industria de la alimentación, debido a la rentabilidad que ha significado la necesidad de la actual sociedad, por ciertos alimentos. En términos políticos puede decirse que hay importantes movimientos asociados a la soberanía alimentaria, al manejo, origen de los alimentos y su impacto en las sociedades actuales.

La industria de la alimentación ha direccionado a los consumidores a la adquisición indiscriminada de sus productos, lo

cual ha sido absolutamente preponderante en las decisiones que las sociedades han tomado con respecto a los alimentos que llevan a su mesa. Para esto, la industria se ha valido de diversas estrategias que han quedado grabadas en la historia. Por ejemplo, en 1950, los avances en la medicina y la tecnología médica permitieron realizar un sinnúmero de estudios para determinar las condiciones de salud de las poblaciones. Entre las problemáticas de salud más sobresalientes, se pudo determinar que la obstrucción de las arterias se debía a que se formaban depósitos de grasa, que llevaban a la aparición de enfermedades coronarias (Jaramillo, 2019). Más tarde, esto desembocó en una investigación bastante conocida, publicada por el biólogo estadounidense Ancel Keys, quien determinó que el consumo de grasas era, posiblemente, el peor enemigo de los seres humanos (Jaramillo, 2019).

El resultado de esta investigación fue devastador para la industria de los alimentos, pues la grasa, que había sido su ingrediente secreto para el buen sabor de los alimentos que comercializaban, se había convertido en el gran enemigo de la humanidad. Como era de esperarse, reaccionaron de forma desesperada y urgente, eliminando todo rastro del enemigo de todos los alimentos que comercializaban.

Sin embargo, esto ocasionó otro inconveniente, y es que los alimentos no sabían igual, por lo que su comercialización se hizo escasa (Jaramillo, 2019). Lo anterior llevó a que la industria buscara una solución efectiva y comenzó a adicionar azúcares a los alimentos para lograr un mejor sabor, con lo que no solo resolvió el problema, sino que también popularizó y maximizó el consumo de azúcares añadidos y refinados. Este tipo de situaciones no se le han presentado pocas veces a la industria. La historia de los alimentos demuestra que la industria sabe bien resolver los

problemas para su propio beneficio, aunque la soluciones no sean necesariamente efectivas en términos de salud y calidad para los consumidores de sus alimentos.

La industria de la alimentación ha desarrollado un sinfín de estrategias para la comercialización de sus productos. Este es un juego de estrategia que ha permitido transformar de forma radical la relación de los seres humanos con los alimentos. Toda esta estrategia de la industria puede entenderse desde la teoría de juegos, expresada “cuando dos o más individuos interactúan y cada decisión individual resulta de lo que él (o ella) espera que los otros hagan” (Monsalve, 2003, p. 138).

Dentro de la teoría de juegos existen diversas formas de entender esta actuación. En este capítulo se abordarán los tipos de juegos que más benefician a la industria de los alimentos, entre ellos, los juegos no cooperativos.

La primera (que es quizás la dominante dentro del ambiente de los economistas) es la teoría de juegos no cooperativos, en la que, básicamente, tenemos un conjunto de jugadores, cada uno con estrategias a su disposición, y unas asignaciones de pagos que reciben por llevar a cabo tales estrategias. La característica “no cooperativa” está en la manera de cómo eligen y en lo que saben de los otros jugadores cuando eligen: en general, se supone que los individuos toman sus decisiones independientemente unos de otros, aunque conociendo sus oponentes y las posibles estrategias que estos tienen a su disposición. Es decir, son individuos egoístas pero que tratan de predecir lo que los otros agentes harán para obrar entonces en conveniencia propia. (Monsalve, 2003, p.139)

El dilema de los prisioneros es, quizás, la ilustración que mejor explica este tipo de juego no cooperativo. En este, dos individuos cometen un delito y son detenidos. Los dos son encerrados en celdas diferentes y son interrogados independientemente. Las opciones de estos delincuentes ante esta situación son: 1. Cooperar uno con otro (no-confesar); 2. No cooperar (confesar el delito). Las consecuencias son conocidas para ambos, y saben que si no confiesan cada uno irá a la cárcel por dos años. Si uno de los dos confiesa y el otro no, el que confiesa no pagará prisión, mientras que el otro irá a la cárcel por 10 años. Si los dos confiesan irán a la cárcel por dos años (Molsalve, 2003). Resumido en una matriz es así:

| | | Prisionero 1 | |
|--------------|----|--------------|----------|
| | | C | NC |
| Prisionero 2 | C | (-2, -2) | (-10, 0) |
| | NC | (0, -10) | (-6, -6) |

C: Cooperar (no confesar), NC: Cooperar (confesar)

Figura 2. Juego no cooperativo.

Fuente: (Molsalve, 2003).

En términos generales podría pensarse que los delincuentes eligieron cooperar entre ellos (C), sin embargo, al final estos de-

ciden confesar (NC). Pero ¿por qué deciden esto? Ocurre porque, aunque la cooperación signifique el mayor beneficio para ambos, prima la decisión egoísta en la que el otro jugador no se vea beneficiado, es decir es preferible estar menos beneficiado antes que cooperar con el otro jugador.

Este tipo de juegos también se pueden entender a la luz del concepto de Equilibrio de Nash, definido como cada una de las estrategias que los participantes de un juego llevan a cabo teniendo en consideración las de los demás jugadores. “Por lo tanto, podríamos decir que el ‘Equilibrio de Nash’ nos conduce a estados cooperativos de alianzas entre “jugadores”, de pactos o acuerdos que entre ellos no se puedan romper” (Fernández *et. al.*, 2012, p.91).

Pero ¿cuál es la relación de la industria de los alimentos con la teoría de juegos no cooperativos? Este tipo de juegos también se conoce como competencia imperfecta, comúnmente aplicada por diversas empresas que ofrecen un mismo producto y en la que cada una busca la mejor rentabilidad. Esta teoría es constantemente aplicada por la industria de los alimentos para la comercialización de sus productos, debido a que en el mercado de los alimentos es necesaria la constante innovación y diseño, con el fin de aumentar la competencia, la cual está medida por el grado de dinamismo de los productos que se ofrecen. Este nivel de dinamismo en productos alimenticios se da principalmente en los menos básicos y permite que haya una mayor libertad en la determinación de los precios.

Esto es un juego netamente no cooperativo, debido a que no se tienen en cuenta las estrategias de los demás jugadores (empresas) ni existen pactos que puedan determinar las jugadas para mantener un equilibrio. Es la forma en la que se ha desarrollado la

industria de los alimentos para la creación de productos poco comunes, lo cual también les ha permitido fijar precios desmedidos, con los cuales los consumidores compran la innovación y la rareza.

A pesar de esto, la industria de los alimentos también participa en vía de los juegos cooperativos, no para comercializar productos altamente innovadores, sino para los más básicos que no requieren de modificaciones extremas, o bien, alimentos de la canasta familiar. La estrategia que más funciona para este tipo de juego se concentra principalmente en los precios de los productos. Debido a que existen diversas empresas que ofrecen productos similares, la competencia debe estar enfocada en ofrecer precios asequibles, pero que no difieran, por muy altos o bajos, con las demás empresas. Es decir, si varias empresas que ofrecen el mismo producto bajan mucho su precio, todas tendrán que hacerlo, pues están vinculadas a la cooperación.

Lo anterior no quiere decir que la baja del precio de ese producto sea igualmente rentable para todas las empresas, por lo que para mantener el precio tendrán que bajar la calidad del producto, impactando en la calidad de los ingredientes y materias primas con las cuales se realizan los alimentos. Además, se hace necesario implementar otras estrategias con respecto al diseño de los empaques de los productos y la ubicación en los lugares de distribución como supermercados, tiendas, etc.

Los lugares de distribución de estos productos tienen un rol fundamental en este juego. Previa investigación de cómo decide el consumidor, las grandes cadenas de supermercados se encargan de ubicarlos en la posición adecuada y con gran alusión a los precios bajos, pero ¿el consumidor se pregunta por qué los precios son como son? Por cómo funciona la industria de los alimentos y el gran éxito que tiene, es posible que la respuesta sea

que no; en realidad la mayoría de consumidores no se preocupan por las materias primas de los alimentos ni por el impacto que esto pueda tener para su salud. Aunque pareciera que los consumidores se benefician, debido a la versatilidad de los productos, esto no necesariamente ha sido positivo para la salud de las sociedades actuales, pues el gran ganador de este metajuego es la industria de los alimentos.

Los consumidores entran al juego cooperativo de una manera adversa, puesto que buscan su beneficio a través de los precios y solo logran encontrar una alteración en su sistema con alimentos que han sido fabricados, más para rentabilidad, que para la nutrición. Sin embargo, este tipo de conductas son imperceptibles para muchos de los compradores durante un periodo bastante largo y sus consecuencias para la salud, en la mayoría de los casos, solo logran verse a largo plazo. Esto tiene un resultado fatal para el sistema de salud, pues finalmente es el que está asumiendo el costo de dichas consecuencias, y no la industria, que solo percibe la rentabilidad.

En conclusión, podemos identificar dos tipos de industrias en la comida. La primera, dedicada a la innovación, creación de productos nuevos y únicos en los que el precio no juega un papel importante. La segunda, enfocada en la producción de alimentos que obedezcan a la competencia y compitan a nivel de precios, sin importar la calidad de la materia prima o los ingredientes con los cuales se producen. Esta es, tal vez, la más nociva para la salud de los seres humanos.

2.4 Alimentos ultra-procesados, la ficha rentable de las industrias, y su impacto en la salud pública

Una vez entendido el desarrollo de la industria desde la teoría de juegos cooperativos y no cooperativos, es importante analizar los impactos que estos han tenido en los seres humanos con respecto a la salud y la adquisición de enfermedades asociadas al consumo de ciertos alimentos. Las preguntas iniciales que suscitaron la elaboración de este capítulo son: ¿estamos estudiando la alimentación desde la perspectiva de la salud o de la enfermedad? ¿A partir de qué elementos está formada la relación de las sociedades actuales con los alimentos?

Como se mencionó anteriormente, sobre todo, la implementación de juegos cooperativos afecta tremendamente la calidad de los productos comercializados por la industria, debido al afán que tienen todas las empresas por mantener precios similares. Dichas empresas han intensificado la producción de alimentos ultra-procesados que se producen a muy bajo costo y se venden con éxito, sin embargo, con esto se ha disminuido de forma constante la calidad de los productos. Estos alimentos hacen parte de la alimentación de los seres humanos, lo cual no solo ha traído consigo nuevas enfermedades, sino que también ha transformado la relación de los seres humanos actuales con los alimentos.

Mucho antes de que existieran estas industrias y de que la alimentación se convirtiera en un negocio altamente lucrativo, la relación de los seres humanos con los distintos alimentos, que ofrecía la naturaleza, era diferente a la actual. La dieta paleolítica de los primeros *Homo sapiens*, que vivieron hace más de 40.000 años, es un ejemplo de esto. Estos obtenían la energía de los nu-

trientes, aproximadamente, un 37% de las proteínas, 41% de los hidratos de carbono, 22% de los lípidos (Eaton y Konner, 1985). En cuanto a la calidad de estos macronutrientes, nuestros antepasados consumieron mayor cantidad de ácidos grasos saludables y menos colesterol. Por otro lado, con respecto al consumo de carne y vegetales, la proporción era del 35 al 65%, respectivamente (Eaton y Konner, 1985).

Sin embargo, debido a los múltiples procesos de adaptación y supervivencia que tuvieron que enfrentar los grupos humanos del pasado, esta forma de alimentación se fue transformando poco a poco; lo cual ha llevado a la aparición de enfermedades como la obesidad, la diabetes, entre otras, que están asociadas al consumo de ciertos alimentos muy populares en la actualidad y que se mencionarán con mayor detenimiento en este capítulo.

Pero la forma en la cual algunos homínidos del pasado se enfrentaron con estas enfermedades, está asociada, no solo al consumo de ciertos alimentos, sino también a los periodos de ayuno y de actividad física presentes en cada contexto. Hace aproximadamente 5 millones de años, los *Ardipithecus*, quienes, debido a la disponibilidad de los alimentos de las ricas selvas de África, tenían un estilo de vida bastante tranquilo y con un importante consumo de carbohidratos, no se enfrentaron a periodos muy largos de ayuno. Además, existe evidencia de que este grupo humano tendía a acumular pocas grasas, lo que conllevaba al desarrollo de poco tejido adiposo, por lo que la obesidad no era una enfermedad frecuente (Valenzuela, 2007).

Sin embargo, no siempre fue así. Para los habitantes de hace 3,8 millones de años, denominados Australopitecinos, de quienes se conoce la evidencia del fósil de “Lucy”, el acceso y disposición de los alimentos diferían bastante con respecto a los de las selvas

de África. Estas poblaciones tuvieron que recorrer largas distancias con el fin de obtener los alimentos necesarios para su supervivencia. Esto conllevó a que se enfrentaran a largos periodos de ayuno y, al mismo tiempo, periodos de hiperfagia en los cuales se consumía una gran cantidad de alimentos con el fin de guardar reservas para los periodos en los que el acceso a los alimentos no era posible, lo que trajo consigo la obesidad (Ercoli, 2014).

Sin embargo, es hasta hace aproximadamente 10.000 años que comenzaron a darse cambios significativos en la dieta de los seres humanos, debido a los inicios de la agricultura, la ganadería y las nuevas tecnologías. (Ercoli, 2014). Estos cambios son principalmente “aumento de la cantidad de energía contenida en los nutrientes y menos gasto energético, aumento en el consumo de grasas saturadas, ácidos grasos omega-6 y ácidos grasos trans, disminución en la ingesta de ácidos grasos omega-3, y de fibras” (Eaton y Konner, 1985; Simopoulos, 2006, p. 139).

Pero los impactos de la agricultura, la ganadería y las nuevas tecnologías más devastadores para salud de los seres humanos, se dieron principalmente a partir de la segunda posguerra de la década de los sesenta, durante el siglo xx, debido a los múltiples procesos de industrialización alimentaria, que exigía la modernidad. Con el tiempo, los procesos de urbanización y migración exigieron a la industria una mayor producción y distribución de alimentos (Meza *et al.*, 2018)

Por otra parte, la economía capitalista que comenzó a regir en el mundo, llevó a la producción a gran escala y obligó a la intensificación de la producción agrícola, la orientación de la política de la oferta y la demanda en torno a determinados alimentos, la concentración del negocio en empresas multinacionales, la ampliación y especialización de la distribución alimentaria a

través de unas redes comerciales cada vez más omnipresentes y, en definitiva, la internacionalización de la alimentación. (Meza *et al.*, 2018, p.55). Actualmente, la industria de los alimentos tiene el control de los procesos productivos de los alimentos que se consumen, no solo en los países industrializados, sino en el resto del mundo, debido a que su producción es alta y tienen como objetivo el suministro a gran escala (Meza *et. al.*, 2018).

Estos altos niveles de producción y abastecimiento de los alimentos han incrementado su consumo alrededor del mundo, puesto que, a diferencia de nuestros antepasados, el acceso a los alimentos, en muchos casos, es inmediato e ilimitado. Pero para mantener estos niveles de producción y asegurarse de que haya una gran disponibilidad de alimentos en el mercado, la industria tuvo que ingeniar nuevas formas de producción. La primera sería la conservación de los alimentos, con el fin de garantizar la exportación de sus productos. La segunda, el empaçado, con lo que se comenzaron a utilizar materiales de todo tipo para almacenar los productos. Lo anterior fue posible gracias al procesamiento de los alimentos, lo cual les aseguró a las empresas productoras de alimentos el éxito dentro y fuera de su territorio.

Es en este punto donde se presenta una de las herramientas más útiles para la industria de los alimentos y la que hace posible el desarrollo de los juegos cooperativos mencionados anteriormente, esto es, los alimentos ultra-procesados. Estos son, básicamente, alimentos compuestos por ingredientes baratos y rentables para la industria. Los ingredientes principales son azúcares refinados, harinas y grasas saturadas, que logran intensificar su sabor y bajar los costos de producción. Los fabricantes maximizan sus ganancias a través de la realización de publicidades, que hagan posible la venta de sus productos, sobre todo a públicos

de niños pequeños a través de empaques atractivos (Monteiro y Cannon, 2012). La acogida de los alimentos ultra-procesados en la actualidad por los consumidores es innegable, debido a sus imponentes sabores que se refuerzan más con precios bajos.

Los productos ultra-procesados son sustancias comestibles que parecen alimentos (Pollan, 2006), que finalmente han afectado considerablemente la salud de las poblaciones actuales.

La producción y consumo de productos ultraprocesados sigue aumentando, sobre todo en los países con ingresos bajos, concurrentemente con aumentos en los índices de obesidad y enfermedades asociadas. Los científicos de la nutrición están ahora empezando a percibir este apremiante problema, y los hacedores de políticas de salud pública han fallado hasta la fecha en actuar decisivamente para resolverlo. (Monteiro y Cannon, 2012, p.5)

Basados en el planteamiento realizado previamente, sobre los juegos cooperativos de la industria de los alimentos, los productos ultraprocesados logran ser una ficha esencial, pues son los que les permiten a las distintas empresas que se puedan intensificar los niveles de competencia con las demás. Esto quiere decir que los alimentos ultraprocesados se traducen en mayor rentabilidad debido a su bajo costo de producción, por lo que es más fácil sostener los precios que el mercado demanda.

Sin embargo, como ya se había mencionado, en términos de salud, los que menos ganan en este juego son los consumidores. Si bien, los precios bajos de los productos llevan a que se abran las posibilidades al acceso de los mismo, también es cierto que la calidad de los alimentos ultraprocesados ofrecidos por la

industria y las excesivas cantidades de azúcares refinados, grasas saturadas y químicos, que son los que aportan sabor y garantizan el éxito, han llevado el crecimiento de enfermedades como la obesidad, que como vimos anteriormente, aunque comenzó a ser visible para nuestros antepasados hace algunos millones de años, esta se debía principalmente al sedentarismo y no a la calidad de los alimentos.

Pero también es importante mencionar que las enfermedades crónicas como la diabetes que, en parte, son producto de lo que comemos, están directamente relacionadas con la producción de alimentos nocivos, que son un nicho de gran productividad y rédito económico para las grandes compañías productoras de alimentos, por lo que el control de las mismas se convierte en un reto cada vez más complejo para la salud pública.

Del mismo modo, aunque se conoce la incidencia genética en la aparición de enfermedades crónicas, también es cierto que existen factores epigenéticos asociados a los alimentos que consumimos, que pueden generar marcas en el organismo y conllevan a la aparición de enfermedades como diabetes, hipertensión y cáncer, entre otras. Algunos de los factores nutricionales asociados a modificaciones epigenéticas son: “la ingesta excesiva o deficiente de proteínas y calorías, así como el consumo de compuestos de origen vegetal, ácidos grasos, polifenoles, isotiocianatos, isoflavonas, catequinas” (Matrínéz y Milagro, 2015, p. 345).

Aunque hay una creencia bastante arraigada de que muchas enfermedades crónicas son producto de la genética, pocas veces se examina si estas enfermedades, que en muchas familias se han pasado de generación en generación, no son más bien el producto de un consumo histórico de los mismo alimentos nocivos y que por años han sido comercializados por la industria de

los alimentos, los cuales han sido transmitidos a distintas generaciones, llevando a la aparición de las mismas enfermedades; un ejemplo de lo anterior es la obesidad.

Con respecto a esto, es importante mencionar que la prevalencia de la obesidad a nivel mundial se ha convertido en uno de los factores más influyentes en la aparición de algunas enfermedades crónicas; cabe resaltar que aquella está presente en diferentes grupos poblacionales, que no solo son el resultado de factores genéticos sino que también es el resultado de la ingesta descontrolada de ciertos alimentos y dietas poco adecuadas. Según Pizarro:

La obesidad “abdominal” (diagnosticada por circunferencia abdominal) constituye una causa importante de resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, intolerancia a glucosa, Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridemia, aumento de colesterol LDL y disminución de colesterol HDL) y disfunción del endotelio vascular (por la acción de factores protrombóticos y proinflamatorios). (2007, p. 76)

La obesidad, como ya se mencionó, está asociada al consumo de ciertos alimentos y a su vez tiene una importante relación con la poca implementación de lo que conocemos como hábitos de vida saludable; entre estos hábitos que conocemos como saludables está una dieta equilibrada, pero en la actualidad este aspecto resulta ser un elemento de gran controversia, puesto que lo que es saludable para algunas culturas puede llegar a ser tremendamente nocivo para otras. Más allá de estos aspectos puramente sociales y culturales en torno a la alimentación y a los aspectos alrededor del

comer como acto social, es importante que dentro de la salud pública se tenga en cuenta de qué forma están siendo abordados estos fenómenos, problemáticas que nacen en las grandes industrias, pero que finalmente desembocan en la salud de las poblaciones.

2.5 Conclusiones

Al principio de este capítulo, planteé como punto de partida la necesidad de una salud pública que se haga nuevos interrogantes, para dejar atrás los conceptos típicos de salud y enfermedad, desarrollados a lo largo de la existencia, y explorar más la salud que la enfermedad. Al respecto del tema de alimentación, la necesidad de una salud pública que sea capaz de cuestionarse a sí misma y generar nuevos interrogantes, es fundamental, pues muchas de las estrategias que se han venido implementando, con respecto al control de enfermedades como la obesidad, nos demuestran que es necesario un cambio.

En otras palabras, si continuamos haciendo lo mismo no cambiará nada. Mientras sigamos aplicando una salud pública que hace más caso al cuerpo enfermo que al sano, los problemas solo irán en aumento. Si bien es cierto que cientos de personas en el mundo padecen enfermedades crónicas que deben ser atendidas, también lo es que millones de personas que aún no están enfermas no despiertan el interés de la salud pública. Sin embargo, estos millones de personas siguen consumiendo los mismos productos nocivos, impulsados por las estrategias exitosas de las industrias y en algunos años harán parte del grupo de aquellas que sufren enfermedades crónicas. En muchos casos esta tendencia es irremediable.

Si la industria ha llegado a conocernos tan bien, hasta el punto de impulsarnos hacia el consumo de ciertos productos, uno de los interrogantes más importante que debe hacerse la salud pública es: ¿por qué el ejercicio de la salud no lo ha logrado? ¿Por qué la industria ha podido transformar nuestra relación con los alimentos hacia lo nocivo y la salud pública no ha logrado hacerlo hacia lo positivo, en términos de salud? ¿Por qué preferimos curar y no prevenir?

Realmente, estos interrogantes son un reto para la salud pública, tal vez uno de los más grandes a los que se tendrá que enfrentar en algún momento, pues las grandes industrias, no solo conocen nuestra forma de pensar como consumidores, sino que también nos han llevado a creer que todo cuanto encontramos en los supermercados, en tanto satisfacen nuestras necesidades e impulsos por la comida, es beneficioso. De igual forma, existe una gran influencia publicitaria sobre las elecciones que hacemos sobre consumir o no ciertos alimentos. La gran inversión que hace la industria de la alimentación en la mercantilización y venta de sus productos, causa un gran impacto en nuestras dietas y en las consecuencias que el consumo de ciertos alimentos tiene sobre nuestra salud.

Fundamentalmente, considero analizar cómo el sistema económico e industrial funcionan para entender los posibles efectos que estos tienen sobre la salud de las personas; así mismo, es importante pensar la enfermedad como un producto rentable de distintos mercados, lo cual se ha convertido en un gran riesgo para la calidad de vida y el bienestar de la sociedad en general. Repensar estos factores que están estrechamente relacionados con el acto de comer y alimentarse, debería ser uno de los más importantes intereses de las asociaciones e instituciones encargadas de vigilar las condiciones de salud de las poblaciones.

Por último, hay que empezar a plantear la necesidad de estudiar las distintas estrategias desarrolladas por la industria, desde la óptica de la teoría de juegos y las teorías contemporáneas que nos permiten entender fenómenos complejos; pues solo si comprende la forma en la que opera la industria, se podrán adquirir herramientas para enfrentarse a esta y buscar nuevas alternativas dentro de la salud pública que permitan buscar soluciones oportunas a las problemáticas, que plantean estos fenómenos.

2.6 Bibliografía

- Bohm, D. (1980). *La totalidad y el orden implicado*. Barcelona, España, Editorial Kairós.
- Díaz, L. (2014). Una mirada social y cultural de los alimentos. En Díaz, L., Tarifa, P., Olivera, S., Gerje, F., Benítez, M., y Ercoli, P. (eds). *Alimentos: historia, presente y futuro*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación de la Nación, 19-39.
- Ercoli, P. (2014). La evolución de los homínidos y los alimentos. En Díaz, L., Tarifa, P., Olivera, S., Gerje, F., Benítez, M., y Ercoli, P. (eds.). *Alimentos: historia, presente y futuro*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación de la Nación, 129-155.
- Eaton, S. y Konner, M. (1985). Paleolithic nutrition. A considerations of its nature and current implications. *The new england journal of medicine*, 312 (5), 283-289.
- Fernández, J. y Parra, M. (2012). La teoría de juegos de Nash en los modelos de negociación tecnológica. *Revista Ingeniería Solidaria*, 8 (14), 89-93.
- Holland, J. (2004). *El orden oculto: de como la adaptación crea la complejidad*. España, Fondo de Cultura Económica de España.
- Jaramillo, C. (2019). *El milagro Metabólico*. Bogotá, Colombia: Editorial Planeta.
- Katz, M. (2013). *Somos lo que comemos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Aguilar.
- Maldonado, C. (2018). Seis tesis sobre complejidad y salud. *Revista Salud Bosque*, 8 (1): 5-7.

- Martínez, A. y Milagro, F. (2015). La nutrición personalizada a través de la epigenómica. *Mediterráneo Económico*, 27: 345-361.
- Malinowski, B. (1972). *Los argonautas del Pacífico occidental I*. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Monsalve, S. (2003). John Nash y la teoría de juegos. *Lecturas Matemáticas*, 24, 137-149.
- Meza, E., Núñez, B. y Maldonado, O. (2018). Evaluación de la composición nutricional de alimentos procesados y ultra-procesados de acuerdo al perfil de alimentos de la Organización Panamericana de la Salud, con énfasis en nutrientes críticos. *Investig. Cienc. Salud*, 16(1): 54-63.
- Monteiro, C. y Cannon, G. (2012). *El gran tema en nutrición y salud pública es el ultra-procesamiento de alimentos*. Sao Paulo, Brasil: Centro de Estudios Epidemiológicos en Salud y Nutrición.
- Pollan, M. (2006). *The Omnivore's Dilemma: A Natural History of Four Meals*. London: Penguin Press.
- Simopoulos, A. (2006). Evolutionary aspects of diet, the omega-6/omega-3 ratio and genetic variation: nutritional implications for chronic diseases. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 60 (9), 502-507.
- Valenzuela, A. (2007). Evolución bioquímica de la nutrición: del mono desnudo al mono obeso. *Revista Chilena de Nutrición*, 34 (4): 9-13.

3

Ana Camila García

Del cronos al kairós: regímenes de temporalidad en salud pública

3.1 Introducción

La experiencia humana del tiempo ha inventado sinfín de temporalidades, la mayoría de ellas marcadas por conteos. Según cierto tipo de periodicidades, muchos se marcan cronológicamente en calendarios y cantidades. El calendario gregoriano impuesto por Gregorio XIII en 1582, marca el año 2019; en el mismo instante, el ancestral calendario lunar chino marca el año 4717, mientras los judíos celebraron el presente año como el 5780. Para los musulmanes estamos en el año 1441, iniciaron su conteo con la salida de Mahoma desde La Meca hacia Medina, cuando escapaba de sus adversarios. Mientras tanto, los budistas viven en el año 2561, conteo que inician a partir del nacimiento de Buda. Toda revolución, en su triunfo, instaura el año 0 e inicia un nuevo calendario. Pero también se conoce la existencia de pueblos que, por increíble que parezca, viven sin calendario, el caso de un grupo de cazadores recolectores que caminan los territorios de Tanzania, en las proximidades de las famosas llanuras del Serengeti, el pueblo Hadza, que vive siempre en un ahora (Marlowe, 2010).

En Occidente, la revolución industrial y la modernidad promovieron la imposición de su concepción del tiempo, lineal y progresivo, un tiempo homogéneo y vacío, decía Benjamín (Benjamín, 2005). Desde Europa, el pensamiento productivista puso al mundo a vivir en función del tiempo representado por el reloj y el calendario, y su medición se extrapoló a todos los rincones de la vida humana, que serían, en adelante, medidos bajo ese mismo rasero cuantitativo, lineal, progresivo, repetitivo marcado por los 12 meses solares. Ese calendario indicó los ritmos de la vida, del mismo modo que estableció una hora de llegada a la fábrica o al trabajo o con la hora adecuada para tener hijos y/o casarse. De

tanto hacerse y decirse, se hizo ley natural. Pero ambas, la hora de entrada al trabajo y la de tener hijos son temporalidades establecidas colectivamente, que no están regladas por la naturaleza, como lo muestra el hecho de que hoy tener relaciones sexuales o hijos a los 13 años es considerado ilegal y abusivo, aunque el reloj biológico así lo permita.

El calendario y nuestra visión de la temporalidad son productos culturales, convenciones que están lejos de ser unívocas o siquiera objetivas, aunque las naturalicemos. Cada experiencia humana del tiempo genera una asociación determinada entre pasado, presente y futuro o incluso entre pasados, presentes y futuros, según valoraciones simbólicas. Como sostiene Rovelli, para la física el tiempo no existe, ni su dirección o su fluir; es decir, el tiempo no está inscrito en la “gramática de la naturaleza” (Rovelli, 2017). Aunque sí lo haga para la biología o la cultura y, de hecho, en ellas existen infinitos tiempos.

Para los humanos el tiempo se expresa como narración y experiencia subjetiva del yo, como propone Ricoeur (Ricoeur, 2003). Como narración, el tiempo consta de relatos, biografías y experiencias que no han cesado de diversificarse y transcurrir. Etimológicamente, la palabra “experiencia” se origina de la palabra latina *experientia*, que alude a un intento, una expedición o viaje riesgoso. Es una jornada en la que se recupera la propia vida (*experientia*).

Para el historiador alemán Reinhart Koselleck, experiencia es pasado que se torna presente y es tanto la vivida como la transmitida colectivamente. Sostiene que cada grupo humano habla a partir de su experiencia particular y única, así como de la visión de porvenir que construye y marca la expectativa de los tiempos futuros. Experiencia y expectativa están asociadas, dependen mutuamente, cambia cada una y van cambiándose mutuamente,

porque son históricas. Juntas construyen la experiencia de tiempo de los grupos humanos (Koselleck, 1993). Por ello crea los conceptos: *espacio de experiencia* y *horizonte de expectativa*.

A raíz de la experiencia y la expectativa surgen distintos modos de articular pasado, presente y futuro. Hay tiempos que caminan con los ojos fijos en el pasado nostálgico y siempre mejor, otros andan con los ojos hacia el futuro promisorio que aún no llega, y aún otros andan concentrados apenas en el presente. Para referir a esas diferentes formas colectivas de ordenar el tiempo, el teórico de la historia, Francois Hartog, propone el concepto *régimen de historicidad* (Hartog, 2003).

A propósito de estas reflexiones producidas por quienes están dedicados a pensar en el modo cómo los pueblos establecen sus órdenes del tiempo y temporalidades para encontrar su lugar y sentido a su experiencia de vida colectiva, propongo en este capítulo indagar sobre la comprensión que la Salud Pública tiene de la vida humana, a partir de los regímenes temporales y temporalidades establecidas, para explicar e intervenir la salud de las personas. Todo esto basado en la concepción de vida humana, que tiene la Salud Pública, atravesada por las perspectivas temporales en las que enmarca su comprensión e intervención de la salud.

Para los efectos del presente artículo, por *régimen del tiempo*, aludo a la manera de traducir y ordenar la experiencia de tiempo humana, tanto en términos cronológicos (periodicidades, marcos, escalas o temporalidades que utiliza), como en modos de articulación entre presente, pasado y futuro.

3.2 Enfoque del Ciclo de vida

No existe una definición única de la Salud Pública, puede entenderse como un ejercicio de la política, como un campo de política pública y/o un campo interdisciplinario académico que tiene la epidemiología y la medicina en lugares centrales. Su propósito es proteger, promover o restaurar la salud en una población y sus individuos, para reducir los factores de riesgo que puedan producir daño. Recoge, por lo menos, dos sentidos básicos de lo público: como prerrogativa del Estado e instituciones de gobierno (locales, nacionales y supranacionales), y como propiedad colectiva, en este caso la salud de la población (Romeyer, 2010).

Los marcos de temporalidad, a partir de los cuales se busca explicar e intervenir en los problemas de salud humanos, están dados principalmente por el Enfoque del Ciclo de Vida y el Enfoque de Curso de Vida¹⁵. Con base en ellos se organizan las herramientas de las que se sirve la intervención de la salud pública: vigilancia y control, lucha contra epidemias, prevención, promoción de la salud, información, comunicación y educación en salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, identificación de riesgos, entre otras.

El Enfoque de Ciclo de Vida es no solo uno de los determinantes sociales de la salud, sino, además, un determinante estructural de las inequidades de salud. En el país, el enfoque de Ciclo

¹⁵ Cuando se busca “temporalidad”, en los buscadores de Salud Pública, hay un sentido predeterminado: se alude a la condición de inestabilidad y precariedad laboral a la cual están crecientemente sometidos los trabajadores con las políticas llamadas de flexibilización del trabajo, que precarizan las condiciones de contratación laboral.

de vida es parte integrante del marco conceptual del documento maestro de la Salud Pública Nacional, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el que se establecen los lineamientos, diseño estratégico y líneas operativas de la política de salud para el país (Min salud, 2013).

Se llama ciclo de vida a un enfoque que entiende la vida humana como una sucesión de fases en una línea de tiempo. La periodización en diversas fases considera todos los momentos biológicos, desde la concepción hasta la muerte¹⁶; y entiende la vida como una sucesión de etapas clasificadas en términos de crecimiento y desarrollo, que establece patrones de cambio y características particulares de cada etapa, definida cronológicamente, mediante franjas etarias sucesivas que son atravesadas por toda persona a lo largo de su vida. A partir de estas etapas está parametrizado el conocimiento acerca de los riesgos y problemas de salud en la población y los grupos poblacionales. La clasificación etaria del ciclo de vida se considera en política pública como la más incluyente de todas, porque no depende de otras variables centrales, como clase social, género o etnia.

¹⁶ Por otro lado, se llama Análisis de Ciclo de Vida o Life Cycle Assessment, LCA, a una perspectiva Ecológica que considera impactos ambientales a lo largo del ciclo de vida de las mercancías y productos. Este “ciclo de vida” considera toda la cadena productiva: producción, distribución, consumo, obsolescencia y descarte de productos; es un enfoque que propende por desarrollo sostenible. Sirve para evaluar el impacto potencial sobre el ambiente de las mercancías, considerando todas las entradas y salidas de energía y materia, uso de recursos y emisiones generadas en cada una de las etapas del proceso de vida del producto. Es a la vez, una iniciativa apoyada por Naciones Unidas por el medio ambiente. (ONU/UNEP, 2004)

El origen de esta perspectiva proviene de los aportes de la Psicología evolutiva respecto a los procesos de crecimiento y desarrollo humano. Aunque esta área ha realizado avances considerables en su concepción del desarrollo de cambio conductual y actividad psicológica humana a lo largo de la vida, en los campos biológico, cognitivo, psicosocial y afectivo; persiste la influencia de las primeras teorías mecanicistas y organicistas que sostienen que, de manera universal y a modo de sistemas cerrados, los humanos atraviesan fases de desarrollo unidireccionales y progresivas que se plantean como estadios evolutivos. Los autores básicos de referencia son Ivan Pavlov, B. F. Skinner, Sigmund Freud, Erik Erikson, Jean Piaget, entre otros.

A grandes rasgos, las etapas consideradas son: perinatal (semana 28 de gestación a día 7 después del parto), neonatal (primer mes de vida), primera infancia (0-5 años), niñez (6 -11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años en adelante) (Min Salud, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó etapas de corte por grupos de edad para determinar la periodización por etapas del ciclo vital, con el objetivo de identificar riesgos biológicos, psicosociales y comportamentales que intervienen en el riesgo de padecer enfermedades a lo largo de la vida. Define niño, joven (15-24 años), adolescente (10-19 años), adulto, a partir de franjas etarias (WHO y UNICEF, 1995).

La periodización es un proceso analítico que divide la línea de tiempo cronológica en etapas, para considerar los fenómenos a cierta escala a partir de cambios, permanencias y simultaneidades. Para este enfoque, la vida humana atraviesa es una sucesión de etapas que corresponden a realidades biológicas y psicosociales objetivas y estáticas, de duración preestablecida y universal.

3.3 Régimen de tiempo del ciclo de vida

Se ha llamado relojes biológicos al producto de los ritmos de la evolución de las formas de vida a lo largo de la historia de la Tierra, como los ritmos circadianos y del sueño (los ciclos celulares de 24 horas sintonizadas con la rotación del planeta, la luz solar y los ciclos de día y noche), la apoptosis (ciclos de renovación celular) y los ciclos reproductivos (ciclos menstruales sintonizados con las fases lunares). No obstante, no todos los humanos fueron niños o jóvenes, aunque cada vez más personas llegan a viejas gracias a un aumento de la esperanza de vida sin precedentes en muchas regiones del mundo. Según estimaciones de la ONU, hay un proceso de transición demográfica por envejecimiento poblacional, la población mayor de 60 años pasará a 2.000 millones hacia el 2050, lo que supondría la duplicación de la población adulta mayor en el mundo, alcanzando un 20% del total, en los países en vías de desarrollo la cifra de adultos mayores se cuadruplicaría (ONU, 2002).

El ciclo de vida concibe la vida humana como un continuo fluir acumulativo, pero desconsidera elementos transgeneracionales y de escalas mayores a las de una vida humana; por otro lado, todo acontecimiento es leído en clave de exposición a riesgos, su lectura termina suponiendo equivalencias entre etapas de ciclo vital y roles sociales (Bodoque, 2001). La clasificación etaria del ciclo vital no se corresponde necesariamente con los roles y expectativas sociales, y, por lo tanto, con las condiciones de salud y exposición a factores de riesgo. Cada grupo humano realiza distintas exigencias, interpretaciones y valoraciones de las personas en sus distintos momentos de la vida, lo cual puede incluso variar de persona a persona, según el lugar de distinción y

estatus que ocupe en el grupo. La adscripción de las personas a las funciones impuestas por expectativas sociales en cada etapa de su ciclo vital, puede o no realizarse.

Carles Feixa aporta una mirada antropológica según la cual la edad es una construcción cultural de un desarrollo fisiológico y mental natural. Advierte que todos los grupos humanos comparten el curso de la vida en periodos a los que atribuyen ciertas propiedades, para categorizar y establecer formas legítimas de comportamiento en cada etapa (Feixa, 1996). Las transiciones pueden estar más o menos marcadas por ritos de pasaje, entre los que incluye el ingreso al sistema escolar, la graduación, el casamiento, etc. Ello complejiza la comprensión puramente cronológica de la edad y la relativiza, pues considera que la delimitación de periodos vitales es marcadamente cambiante y variada.

Hay múltiples criterios de clasificaciones etarias, Del Valle menciona tres básicas para las mujeres: la edad real cronológica, la edad sentida subjetivamente y la edad atribuida socialmente (Del Valle, 1991). Aunque es indudable la base biológica de la edad, resulta arbitrario ignorar otras dimensiones asociadas que pautan igualmente expectativas, estereotipos y tipificaciones y que terminan también expresándose o no como salud.

Los grupos de edad son una inscripción material de subjetividades diversas. El médico peruano Luis Santa María realiza una categorización del ciclo vital en las comunidades andinas de ese país, y concluye que su clasificación en etapas y el sentido atribuido a ellas, es distinta a la teoría de Freud y Erickson. En estas comunidades las etapas del desarrollo humano están asociadas a: procesos productivos y reproductivos de la vida en pareja, así como al cumplimiento de derechos y deberes en la vida colectiva (Santa María, 2017). De este modo, la periodización de la

vida está marcado por roles productivos (trabajo), reproductivos (familia) y comunitarios (cumplimiento de derechos y deberes).

Allí es la pareja y no el individuo la unidad social básica del ciclo vital. Además, hay aspectos contrastantes con las funciones sociales del ciclo de vida hegemónico en Salud Pública: la gestación es percibida como un proceso de lucha de la madre con el feto, que se considera poseído por entidades ancestrales peligrosas; los recién nacidos no concentran demasiada atención afectiva, “quizá como estrategia de protección al trauma de la mortalidad infantil”; adicionalmente, son iniciados en los trabajos del campo y domésticos desde los 7 años (Santa María, 2017). Todo ello, contrario a lo que podría considerar la mirada hegemónica de Salud Pública, contribuye a su reconocimiento, pertenencia y estrechamiento de vínculos comunitarios.

En general, hay una mirada adultocéntrica del ciclo de vida que considera todos los demás estadios como biológicos y psicosociales, los cuales corresponden a momentos de transición, por lo que minimiza la capacidad de agencia de niños, jóvenes y viejos. Como el punto máximo de madurez es ser adulto, las etapas anteriores son transiciones y las posteriores se entienden apenas como un declive, una decadencia. La naturalización del ciclo de vida en salud lleva a los profesionales a referirse a las personas según las funciones sociales adscritas por clasificación etaria; así por ejemplo, es común referirse a los adultos mayores como *abuelitos* y a las mujeres embarazadas como *mamitas*, lo que a su vez supone una cierta infantilización. Así pues, el ciclo vital se relaciona de forma automática con roles sociales y en ellos se privilegian aquellos asociados con relaciones de parentesco.

En el caso de las mujeres, esta priorización del parentesco generó una visión fertilista (Del Valle, 1991) que determina su

ciclo de vida a partir de las etapas de su ciclo fértil; es decir, su vida está determinada por lo que en el área de salud corresponde a *salud sexual y reproductiva*. Las transiciones del *continuum* femenino están dadas por: menarquia, menstruación, embarazos y menopausia. El ciclo menstrual es el marco de referencia privilegiado, que establece los marcos de tiempo de las mujeres para la salud; lo que se refleja en la oferta de servicios sanitarios, pero también fuera de ellos, como expectativas sociales que cargan de sentidos, valores y ritmos, cada etapa reproductiva.

A partir de investigación etnográfica de científicos sociales, una serie de conceptos han sido desarrollados para ayudar a entender las experiencias humanas de tiempos vividos: alteridad etaria (clasificación por edad), grado de edad (normas y roles que deben cumplirse en distintos momentos vitales), grupo de edad (experiencias compartidas simultáneamente) y generación (cohortes genealógicas o grupos de edad).

Alteridad etaria nos hace prestar atención a la función indexical de las categorías de edad, grado de edad nos lleva a preguntarnos por las interpelaciones que constituyen la arena definida por las diferentes categorías etarias [es decir, reglas y roles que se deben cumplir]. El concepto de grupo de edad, por su parte, hace referencia a las articulaciones de agencia y a la apropiación colectiva de experiencias sociales compartidas. Todos ellos quieren pensar la construcción de sentidos colectivos de devenir en los grupos humanos. La generación se puede equiparar al grupo de edad. Las cohortes de edad que atraviesan grados de edad se constituyen en grupos de edad, o sea, en generaciones, cuando construyen conciencia colectiva

basada en la edad, es decir, cuando adquieren “conciencia de edad” (Comaroff y Comaroff en Durham, 1992). Sin embargo, el debate conceptual permite también que se defina como generaciones a las cohortes genealógicas en los sistemas de parentesco. En su ambivalencia, este concepto permite explorar la confluencia entre los sistemas de parentesco y las estructuras y dinámicas etarias de la sociedad. (Kropff, 2009)

También la Sociología de la edad contribuye con el estudio de las temporalidades humanas a través del envejecimiento y es reconocido como un proceso que ocurre a todo lo largo de la vida humana y no solo como un fenómeno característico de la llamada tercera edad. Lo caracteriza como un proceso social de cambio continuo tanto en las vidas de cada persona como en las estructuras sociales (White Riley, 1988).

Todas estas experiencias de tiempo suceden de manera simultánea y en confluencia. Y pueden entrar a ser consideradas por la Salud Pública para complejizar su lectura de la vida humana.

3.4 Enfoque de curso de vida

En el esfuerzo por complejizar la lectura de salud sobre la vida humana, se hizo evidente la necesidad de deconstruir la idea de que las etapas de la vida son únicamente hechos naturales universales y verlas también como construcciones culturales, de significados heterogéneos y cambiantes (Suárez y Rico, 2018).

En este sentido, se propuso otro enfoque temporal para salud, el del *curso de vida*. Este aborda una perspectiva de larga

duración, considera la influencia de elementos contextuales de la vida humana así como su impacto en el proceso de salud a lo largo de la vida de las personas, identifica períodos críticos de crecimiento y desarrollo, y reconoce la repercusión en la salud de eventos a largo plazo, así como efectos acumulativos de los riesgos y exposiciones en la vida. Hay una expansión de los horizontes temporales, se reconoce la transmisión intergeneracional de asuntos directamente relacionados con lo médico y también con las desigualdades sociales (Bacallao, Alerm y Ferrer, 2016).

Expande la escala de tiempo considerada en ambos extremos de la vida, en el origen y el final, pero también expande la escala de visión en lo pequeño (herencia, genética, información) y lo grande (contextos sociales y ambientales). Este enfoque incluye la hipótesis conocida como *orígenes fetales*, que algunos llaman *programación* del ambiente intrauterino para posteriores enfermedades y desenlaces duraderos, causadas por experiencias adversas en las primeras etapas de la vida, caracterizadas por su gran plasticidad; y consideradas con mucha atención las etapas de periodo intrauterino y primera infancia (OMS, 2000). Algunos autores prefieren denominarlo *inducción fenotípica* porque el término *programación* resulta desmedidamente determinista. Por otro lado, los descubrimientos realizados en el área de la epigenética resultan fundamentales para ampliar la comprensión de la relación entre los factores genéticos y ambientales y sobre todo entender mejor la etiología y modelamiento de las enfermedades (Bacallao, Alerm y Ferrer, 2016).

El modelo explicativo del Enfoque de Curso de vida es causal e intenta considerar la mayor cantidad de variables de tipo biológico, psicológico, ambiental y social para explicar los fenómenos de salud y enfermedad. Considera tres modelos claves:

1. del período crítico, 2. de movilidad social y 3. de los riesgos acumulativos. Es un enfoque que ha tenido impactos importantes en Demografía, pues su objetivo es, de la mano con las ciencias sociales, comprender mejor el vínculo entre las biografías individuales y los cambios sociales (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006).

Los principios del curso de vida aparecieron como respuestas potenciales a problemas [como]: el estudio del tiempo, del *timing* y sus efectos; reconocer y medir los efectos de la biografía personal y la historia social en las vidas humanas; [...] conceder a la agencia humana su peso y replantear las preguntas de investigación en términos de trayectorias y patrones en vez de cadenas causales. (George, 2006, p. 678)

El régimen del tiempo de este enfoque que puede entenderse mejor a través de los tres, son los conceptos básicos que aportó para comprender la vida humana como un curso o un continuo. Trayectoria, entendida como biografía personal; transición como procesos de cambio y transformación a lo largo del tiempo; y *turning point* se refiere a los momentos significativos o puntos de quiebre, dotados de gran valor simbólico que impactan las biografías en niveles no lineales por provocar las transiciones (Elder y Shanahan, 2006; MinSalud, 2015). Además considera los principios de desarrollo a lo largo del tiempo que promueven aumentar las escalas de observación; el principio de tiempo y lugar, es decir, la importancia del contexto en todos los casos; el principio del *timing*, cuyo interés está centrado en la comprensión de cuándo un evento ocurre en la vida de las personas y qué tan simultá-

neo o no resulta con respecto al grupo, a otras personas y a las expectativas de las normas sociales. Y, finalmente, los principios de vidas interconectadas que insisten en la interdependencia de las biografías personales; el principio del libre albedrío que defiende la capacidad de agencia de las personas, capaces de moldear sus vidas dentro de las fronteras socialmente establecidas (Elder y Shanahan, 2006).

Teóricamente, este enfoque de curso de vida se alimenta de investigación cualitativa y aportes desde las ciencias sociales que considera conjuntamente a la investigación de corte cuantitativa epidemiológica (Blanco, 2011). Por lo tanto, se diferencia enormemente del Enfoque del Ciclo Vital, aunque en algunos documentos oficiales tal diferencia parece disolverse, al usar como sinónimos los términos: transcurso de vida y ciclo vital. Ejemplo de esto, es el documento del Plan Decenal, específicamente en las páginas 32 y 33 se lee:

Enfoque de Ciclo de Vida. El ciclo de vida o transcurso de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores. Al ser un continuo vital, no equivale a grupos etarios, los cuales son usados de forma arbitraria y según contextos particulares de desarrollo, para señalar líneas de corte que ayudan a la organización de políticas públicas y las acciones que de ellas se derivan. El ciclo

vital, por lo tanto, puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural. Desde la perspectiva del enfoque diferencial, el ciclo de vida atraviesa todos los demás sub diferenciales [...].

El PDSP, desde esta perspectiva, dialoga con las políticas públicas vigentes sustentadas en ciclo de vida; por ejemplo, la Política de Primera Infancia (Política Pública de Primera Infancia, 2011), la Política Nacional de Juventud (Política Nacional de Juventud, octubre de 2004), Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007), entre otras, y aporta significativamente a sus desarrollos. De igual manera, incorpora en su prospectiva la visión de las transformaciones a corto, mediano y largo plazo derivadas de los cambios poblacionales, como el envejecimiento poblacional y la estructura familiar [...].

En armonía con las políticas actuales y con el Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014 (Departamento Nacional de Planeación, 2011), es de especial trascendencia en el ciclo de vida todo lo relacionado con la primera infancia. Esta se constituye como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida de las personas. A la primera infancia pertenecen los niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días. El PDSP, cumpliendo los mandatos establecidos de manera preferencial en la Ley 1438 de 2001 (Congreso de la República de Colombia, 2011) se enfoca desde la perspectiva de ci-

clo de vida, en niños y niñas, pero también abarca las políticas públicas vigentes en relación con juventud, personas mayores, etc. (Min Salud, 2013, p. 33-34)

En este documento rector aparece una tensión entre la comprensión de la vida humana como un continuo fluir de la vitalidad, la explícita declaración de la arbitrariedad de la clasificación etaria como compartimentación unívoca y universal, aunque al mismo tiempo, la persistencia y el apoyo a la materialización del Plan Decenal de Salud Pública en políticas organizadas por grupos etarios. En la práctica, la política pública se sustenta en interpretaciones de la clasificación mecanicista de la Psicología Evolutiva, parte de una concepción estructuralista y adultocéntrica, que considera cada etapa de la vida homogénea e inmanente, prefijada y universal (Suarez y Rico, 2018).

Por ello, el accionar de Salud Pública se enmarca en políticas para la primera infancia De Cero a Siempre (atención para la primera infancia de 0 a 5 años), la Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia, que comprende adolescentes a personas entre los 12 y los 18 años) y la Ley 1622 de 2013 (Estatuto de Ciudadanía Juvenil, entiende juventud en una franja etaria entre los 14 y los 18 años de edad). Todas basadas en una periodización cronológica de las etapas del ciclo vital de las personas.

Debo aquí hacer una aclaración. No se trata de negar la investigación que estableció bases biológicas y psicosociales para determinar la periodización lineal de la vida humana en los estadios del ciclo de vida, ni mucho menos, la importancia que ha tenido para la política pública el hecho de que se prioricen grupos de población históricamente invisibilizados, como los niños o los viejos; lo que sin duda alguna constituye un logro de la institu-

cionalidad y la democracia. La crítica va en el sentido de que la Salud Pública es un campo de acción institucional para el cuidado de la vida de toda la ciudadanía —no solo para los enfermos— y la multiplicidad de la temporalidad de la salud y la vida no caben en la lógica mecánica del ciclo de vida.

Las etapas del ciclo vital terminan entendiéndose como políticas para grupos poblacionales etarios, a pesar de la ampliación del marco de visión que implica pasar del Enfoque del ciclo vital al Curso de vida, la materialización del enfoque en políticas y programas continúa siendo el mismo, basándose en políticas que dividen los grupos humanos por grupos de edad. La propuesta de Curso de vida es más compleja y comprensiva de la diversidad de la vida humana y las temporalidades infinitas que ella supone; incluso marca un giro teórico importante, pues la práctica de políticas, programas y estrategias continúa bajo el enfoque compartimentado del ciclo de vida, lo que de fondo muestra una incapacidad para establecer el cambio más allá de los términos y el lenguaje, en acciones concretas de política pública.

3.5 Clasificación de enfermedades y prevención

En la clasificación de enfermedades (y personas) existe también una dimensión temporal considerable. En la base de la distinción entre enfermedades crónicas y agudas, hay, de hecho, una condición fuertemente asociada a la temporalidad, dada por la duración de la condición y el modo como determinado problema de salud se extiende a lo largo de la vida de una persona y puede volverse incluso un problema intergeneracional. La escala de tiempo se usa como crite-

rio clasificatorio, una condición es aguda si es pasajera y es crónica si persiste en el tiempo. En este último caso, es muy común que la Salud Pública transforme la larga duración de una enfermedad, en la condición ontológica de las personas. De forma sorprendente, la enfermedad se vuelve la persona, porque la persona es la personificación de la enfermedad, terminan equiparándose en su condición de existencia. Las personas pasan así a ser denominados: *los diabéticos, hipertensos* o, genéricamente, *los crónicos*, etc.

Se trata de una condición que se eterniza. Las evidencias clínicas dan cuenta de su estado perdurable y tendiente a empeorar, en las instituciones de salud saben que la cronicidad de una enfermedad está dada por la escala de tiempo en que se manifiesta clínicamente, tiene una prospectiva de permanencia en la vida de las personas. Lo que contrasta con la experiencia y temporalidad vivida por las personas diagnosticadas, para ellas se trata con frecuencia de una condición inexistente, por asintomática o pasajera, porque la conciencia del padecimiento solo aparece cuando hay eventos muy concretos de malestar físico, un incidente particular en momentos de crisis que suelen ser muy escasos. Así pues, la concepción y escala temporal del problema de salud enmarca sus acciones y comprensiones. Lo que Salud Pública se propone hacer con ambos tipos de enfermedades es prevenirlas.

La prevención es quizá la estrategia estrella de Salud Pública además que tiene, por definición, una temporalidad particular que le es central. Busca intervenir el presente previendo el futuro, para ello se propone modificar comportamientos de modo que reduzca los factores de riesgo y los peligros para la salud. Como estrategia de política pública implica una relación con el tiempo cronológico lineal.

Está asociada a una temporalidad particular, como ejercicio presente de previsión, en el cual los hechos esperables no se han producido, pero se ven venir. Parte de un escenario presente en el cual —se asume que— se conoce el futuro, y se trata siempre un futuro indeseable, del que debe huirse, que se debe evitar. Nos esperan desenlaces desafortunados para la salud, por lo que la acción preventiva promueve la intervención de comportamientos en el presente, que distanciarían lo máximo posible el tiempo que nos separa de las enfermedades, aunque al final siempre lleguen. Pues al término de la vida, la persona se muere de alguna enfermedad o imprudencia *evitable*, independientemente de lo mucho que se hayan prevenido, porque estamos en un escenario de extinción de la (antes prolífica) *muerte natural*, que ya parece no existir. Toda muerte que no se deba a eventos violentos o accidentales, se debe a causas técnicas, a razones médicas, a motivos de enfermedad frente a las cuales se *hubiera podido* hacer algo. Desde esta perspectiva, ninguna muerte es natural, aunque de alguna manera sepamos que la muerte es también vida.

La modificación de comportamientos enfermizos cuyo eco afecta causalmente el futuro, en el presente, depende del grado de conciencia de las personas. Así la estrategia de la prevención es racionalista y está dada por un régimen de tiempo lineal y progresivo, donde todo presente está causalmente determinado por un futuro de enfermedad previsible, a partir de cadenas causales repetitivas. Propone modificar las causas para esquivar los efectos, actúa en el presente con los ojos puestos en la enfermedad del futuro. El estatuto del tiempo está centrado en un porvenir que es peligroso y amenazante, con ese horizonte frente a los ojos la vida se vive en función del paso del tiempo, del ciclo de vida y de las enfermedades; solo así se hace realmente prevención.

Según la distancia que el presente tenga respecto a la enfermedad en el horizonte, se clasifican distintos tipos de prevención: en primaria, secundaria y terciaria (Vignolo *et al.*, 2011). La numeración está dada en lógica lineal, pues están progresivamente cada vez más cercanos al futuro, fundidos con el horizonte. La prevención primaria es aquella donde los factores de riesgo anteceden la enfermedad, es la que se hace desde un presente saludable y un horizonte de enfermedad; la prevención secundaria es aquella donde la enfermedad ya integra el tiempo presente, pero lo hace precozmente; el problema de salud es incipiente y en el futuro puede desarrollarse en gradaciones distintas; la terciaria es aquella prevención en la cual el futuro ya llegó, se vive en el presente y las acciones preventivas apenas buscan reducir complicaciones mayores.

Sociólogos como Giddens y Ulrich mostraron que la noción de riesgo no es unívoca ni inmutable, está asociada a las formas de organización social y es cambiante (puede ser entendido como probabilidad individual, probabilidad colectiva, incertidumbre, duda o posibilidad). Para el sociólogo Claude Gilbert, la prevención no tiene sentido, porque, estrictamente hablando, el riesgo es permanente (Gilbert, 1996). Por otro lado, también podríamos decir que no hay manera alguna de tener certeza sobre el futuro, apenas la tenemos sobre el presente y para vivirlo hay que ser valiente, porque es impredecible. El régimen de tiempo de la prevención, centrado en un futuro certero y cognoscible, enmarcado en una temporalidad lineal, causal y acumulativa, obliga a quien quiera prevenir, a sumergirse en esa comprensión del tiempo.

Con esto, de ninguna manera quiero desconocer los avances que han implicado para la garantía del derecho a la salud y cuidado de la población, medidas de prevención históricas como

la masificación de las vacunas, el uso del condón o del cinturón de seguridad, entre muchas otras que hacen parte del repertorio cotidiano de grandes masas de población a todo lo ancho del mundo. Son comportamientos que al hacerse costumbre, se vuelven normas sociales cuyos impactos para las poblaciones son innegables en términos de cuidado, de crecimiento de expectativa de vida y en general, de descenso en las tasas de mortalidad. No obstante, la mirada crítica desde la academia se propone como un aporte a este campo que, al haber llegado lejos, puede hacerlo mucho más girando su rumbo.

Adicionalmente, no es posible dejar de mencionar las temporalidades que no aparecen en los discursos y son mucho menos declaradas, pero crecientemente importantes en Salud Pública. La que concierne a la operatividad pragmática y ritmos burocráticos del quehacer político, la de los tiempos burocráticos, de la periodicidad de las administraciones públicas, atada a los años fiscales de gasto público, a los cuatro años de gobierno de cada administración, a los tiempos de entrada en vigencia de los planes de desarrollo, los planes de gobierno regionales y los Planes Territoriales de Salud, todos ellos andan en ritmos distintos en el calendario. Los planes locales y políticas nacionales deben estar alineados, pero nadie habla sobre cómo superar los traslapes de tiempos según el calendario. Las administraciones gobiernan antes de tener los planes y acortan, en la práctica, el tiempo de acción de las administraciones de turno. Esta temporalidad es la que finalmente permite las acciones en el campo de la salud, pero es, al mismo tiempo, la que dificulta y ralentiza la materialización de las mismas.

Del mismo modo, las temporalidades de los contratos de trabajo garantizan la labor de las personas que, en últimas, hacen

posible el accionar del área de la salud en los territorios. Las temporalidades de la flexibilización y tercerización laboral en salud, donde trabajan profesionales mal pagos y masivamente vinculados de forma indirecta por prestación de servicios, a través de la intermediación de empresas como cooperativas, en contratos fugaces que se renuevan o no, están al vaivén del mercado y los intereses. Se busca hacer política sostenible y alcanzar bastos niveles de gobernabilidad a través de un sistema de contratación precario y de muy corto plazo, donde las personas encargadas no se sienten a gusto y, en gran parte de los casos, permanecen trabajando por necesidad. Lo que ayuda a entender que muchas de las acciones planeadas y pensadas para mejorar los servicios y el acceso al derecho de la salud, terminen siendo saludos a la bandera, realizados solo —o especialmente— por cumplir. Son asuntos centrales de primera importancia, que merecen un abordaje a fondo, pero es tema de otro artículo.

3.6 El presente como tiempo de oportunidad

La Salud Pública tiene un régimen de tiempo que le es propio, a pesar de las múltiples temporalidades puestas en juego, conoce apenas un estatuto del tiempo lineal y cronológico, que contabiliza, para poder controlar, vigilar, medir y prever la enfermedad en las poblaciones. En este sentido, le es útil el abordaje temporal de la vida humana a través del enfoque de ciclo vital, las etapas o divisiones cronológicas facilitan la previsión y clasificación de patrones de enfermedades a lo largo de la vida de todas las personas, independientemente de la persona o grupo social.

A pesar de las propuestas crecientes y nutridas de las ciencias sociales, por proponer el Enfoque de Curso de Vida con escalas de tiempo mayores y regímenes de temporalidad más centrados en el presente, en la práctica, Salud Pública sigue anclada al pasado. Tiene un abordaje normativo, nomológico, que a partir de las estadísticas deduce y prevé los problemas de salud de las personas según su edad. Recoge y reproduce el estatuto del tiempo de la epidemiología que, por seguir lógicas de poblaciones más que de personas, desvaloriza los elementos ideográficos, propios de las historias de cada grupo humano e historia personal.

Atribuye a la vida humana una temporalidad por etapas uniformes y homogéneas. Asume que la experiencia de tiempo de todo humano es equivalente, progresivo y repetitivo (cíclico). La periodización del enfoque de Ciclo Vital crea unidades mecánicas de distribución de experiencia humana y biológica, una taxonomía cronológica mensurable y universal cuya legitimidad reside en considerarse un proceso biológico y psicosocial que responde al orden de lo natural y, por tanto, objetivo.

Hay un sentido teleológico en el régimen de tiempo progresista que concibe la vida humana como un proyecto adulto de prevención. Es un régimen de tiempo dominado por la racionalidad de la vida humana que toma forma en causas y consecuencias, donde todo acontecimiento tiene una razón de ser, un *telos*. Por este motivo los comportamientos y acciones humanas son vistos en términos de riesgos, peligros, exposiciones, causas de enfermedad. De acuerdo con la lógica expuesta en un dicho popular del personal de salud: *No hay paciente sano, sino mal examinado*. El estatuto del tiempo está centrado en un porvenir amenazante y un presente que se vive en función de las enfermedades propias del paso tiempo, del ciclo de vida.

Para lograr hacer prevención, las acciones saludables deben hacerse en conciencia, sabiendo de antemano aquello del futuro que se está esquivando; de otro modo no serían preventivas pues deben estar inscritas en una racionalidad de planeación. La prevención es un régimen de tiempo que conoce los problemas de salud del futuro y actúa hoy para evitarlas, conoce los efectos y quiere alterar las causas, aunque las causas y efectos que conoce lo son siempre del pasado.

Concibe la vida como un fenómeno que enferma, de tal suerte naturaliza el ciclo de vida mientras desnaturaliza el proceso de vida —y muerte— pues, aunque la epidemiología o la Salud Pública a veces lo ignore, las personas comunes y corrientes, independientemente de su edad, su sexo o su nivel de pobreza, corren el riesgo de estar sanas y vivas.

Ni el tiempo ni la temporalidad son absolutos y toda periodicidad es asunto de perspectiva, relativa a la escala de experiencia humana y construida a partir de sentidos y significados culturales. Hay una insuficiencia del marco de referencia etario para comprender la vida y la salud y la perspectiva del Curso de Vida aún no se aterriza en la práctica de la política.

Es un reto poder considerar de manera conjunta el hecho contundente de que no hay dos organismos iguales, toda experiencia vital es única, pero, al mismo tiempo, existen estadísticas y datos epidemiológicos que muestran regularidades y patrones de repetición. La ampliación del régimen del tiempo en Salud Pública contribuiría a esto.

La relación entre el tiempo y la edad puede repensarse, como se plantea en la siguiente frase: “Ya el Renacimiento observó, por boca de Giordano Bruno y de Bacon, que los verdaderos antiguos somos nosotros y no los hombres del Génesis o de

Homero” (Borges, 1955). Pareciera que desde nuestra condición de antiguos, nunca el tiempo es perdido, de toda esta experiencia debemos aprender para hacer una Salud Pública que se aleje del modelo centrado en la enfermedad o el futuro del pasado, y se centre en la salud y el presente.

La historia nos enseña que el mundo desarrollado vive hoy en un régimen de tiempo presentista, porque el pasado perdió su capacidad para dar luces e iluminar el porvenir; mientras el futuro, más que algo prometedor, se ha transformado en una amenaza. Queda solo el presente como tiempo para ser vivido y referenciado, cargado de autoridad por ser lo único que tenemos y lo único que vale la pena vivir, a pesar de los múltiples diagnósticos de crisis (Hartog, 2009).

Así pues, somos los antiguos del presente. Hoy más que nunca el régimen de Historicidad presentista ha llevado los tiempos a ser una sucesión de presentes, como lo sostienen quienes hacen Historia del presente (Cuesta, 1993). Es en este escenario en el que debemos pensar la Salud Pública también como producto de un proceso histórico, cuyas temporalidades y regímenes de tiempo surgen de una experiencia de tiempo colectiva propia de la vivencia contemporánea.

Metafóricamente, podemos buscar transformar el régimen de tiempo de la Salud Pública para dejar atrás la imagen del dios Cronos devorando a sus hijos —Saturno en versión romana— y representan un paso del tiempo al que hay que temerle para reemplazarla por la imagen de Kairos, el tiempo de oportunidad, que sería la vida presente.

3.7 Bibliografía

- Bacallao, J., Alerm, A. y Ferrer, M. (2016). “Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública”. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Benjamin, W. (2005). Libro de los pasajes. Ediciones Akal.
- Bodoque, Y. (2001). “Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres”. *Gazeta de Antropología*, 17. <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3259>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5 (8), 5-31.
- Cuesta, J. (1993). Historia y Memoria e una aproximación e la “memória coletiva”. *Historia del presente*. Madrid: *EUDEMA SA*, 41-63.
- Del Valle, T. (1991). Género y sexualidad. Aproximación antropológica. *Teresa del Valle y Carmela Sanz Rueda Género y sexualidad*. Madrid: *Fundación Universidad Empresa*, 13-111.
- Elder, G., Kirkpatrick, M. y Crosnoe, R. (2006), “The emergence and development of life course theory”, en Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (Eds.). *Handbook of the Life Course*, Nueva York: Springer.
- Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, 319-335.
- Gamboa, Á. S. (2004). Historia del presente: Estado de la cuestión y conceptualización. *Historia Actual Online*, (3), 10.

- George, L. (2006), "Life Course Research", en Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (eds.). *Handbook of the Life Course*, Nueva York: Springer.
- Hartog, F. y Santoveña, A. (2009). La autoridad del tiempo. En: *Historia Mexicana*. Published by: El Colegio de México. 58(4), 1419-1445.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado: para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.
- Hartog, F. (2003). "Órdenes del tiempo, regímenes de historicidad". En: *Historia y Grafía*, 21, 73-101.
- Kropff, L. (2009). Apuntes conceptuales para una antropología de la edad. En: *Revista Avá*, 16.
- Marlowe, F. (2010). *The Hadza: Hunter-Gatherers of Tanzania (Origins of Human Behavior and Culture)*. University of California Press.
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, agosto). *Grupo Curso de Vida*. Dirección de Promoción y Prevención. ABC Enfoque Curso de vida.
- Ministerio de Salud Colombia. (s.f.) *Ciclo de Vida*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación*. https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf?ua=1
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002). *Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*.

- Ricoeur, P. (2003). Tiempo y narración. III: El tiempo narrado. Siglo XXI, 3.
- Romeyer, H. (2010). *La santé dans l'espace public*. Rennes: Presses de l'EHESP, 213.
- Rovelli, C. (2017). El orden del tiempo. Editorial Anagrama.
- Santa María, L. A. (2017). La salud intercultural: el ciclo vital en los andes. En: *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 34(2):293-8.
- Suárez, C. I. G. y Rico, D. A. P. (2018). “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *universitas humanística*, 85(85).
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- WHO-UNICEF. (1995). *A Picture of health?* New York: WHO.

4

Luis Alejandro Gómez Barrera
Jorge Sandoval París

De la globalización de la salud a la globalización de la enfermedad

4.1 Introducción

El término salud global se ha instalado en los discursos de la salud pública como una nueva forma de nombrar los fenómenos y las problemáticas de la salud que emergen en distintos territorios del planeta y establecer relaciones entre ellos. No obstante, esta idea no es nueva en absoluto y se puede rastrear en conceptos más antiguos, como salud internacional o medicina tropical, que, persisten y frecuentemente se utilizan como sinónimos. Más allá de la novedad o no del uso del término, observamos la necesidad de profundizar en la comprensión de sus implicaciones teóricas y epistemológicas para hacer visibles asuntos que le subyacen como: los significados y versiones de la globalización, los aspectos políticos y económicos de la globalización y sus efectos sobre la salud y la enfermedad, así como el lugar que ocupa la salud pública en el contexto del sistema internacional.

El propósito de este documento es precisamente plantear una discusión sobre lo que se entiende por salud global desde estas tres perspectivas e iniciar una aproximación, poco explorada hasta el momento, desde las ciencias contemporáneas.

Un perfil de la globalización

La palabra globalización debe entenderse como proceso. Por lo que resulta más acertado utilizar esta palabra que la palabra globalizado o globalizada, pues estas remiten a la descripción de un asunto terminado o completado. La globalización es una dinámica que exhibe permanentemente cambios y movimientos y que no es en absoluto un asunto terminado. De hecho, no es sencillo abarcar

las diversas perspectivas que para hablar de la globalización existen y se requiere una búsqueda desde varias vertientes teóricas.

La liberalización de los mercados (Gómez, 2016) es una parte de las definiciones que se encuentra más frecuentemente en los textos académicos. Uno de los principales autores que desde la economía ha tratado el tema es Joseph Stiglitz, premio Nobel en 2001, quien describe la globalización como la “remoción de las barreras al libre comercio y la integración cercana de las economías nacionales” (Stiglitz, 2003).

Las bases del concepto pueden rastrearse en varios autores y algunos de ellos llegan hasta el descubrimiento de América en 1492, e incluso remontan a las épocas de auge del imperio romano en la antigüedad. Otras van hasta los cambios políticos, económicos y sociales que se generaron de manera vertiginosa en los últimos 150 años, con procesos como la consolidación de los Estados Nacionales, las dos guerras mundiales, la guerra fría y las crisis económicas de los años 70, 80 y 90. Tales crisis son las que, comúnmente, se asocian con la fractura de los Estados del Bienestar.

Posiblemente, la forma actual del concepto tenga sus bases más claras en la década de 1970, cuando se comenzó a hablar de una apertura y una expansión internacional de los mercados de capitales. El momento fue en el aumento de los precios del petróleo que coincide también con las documentadas crisis de los modelos capitalistas de la segunda mitad del siglo XX (James, 2016). Desde entonces, la globalización ha ido cosechando apoyos y críticas; y, de la misma forma, ha conseguido adaptarse a las nuevas exigencias de los mercados y de los sistemas sociales. Es claro a estas alturas que para muchos no hay garantías en que una apertura del comercio entre países y una suerte de homoge-

nización de los procesos económicos fuertemente respaldada por la mundialización de la producción de bienes y servicios, otorgue beneficios a todas las personas. En efecto, el comercio internacional tuvo su época de mayor actividad entre 1988 y 2018, ligado, evidentemente, a la mayor movilidad de capitales. No obstante, persisten las preguntas por los efectos directos e indirectos sobre el desempleo, las migraciones, la pobreza extrema, la exclusión y, recientemente, sobre la corrupción.

De una parte, cobran valor las preguntas sobre el papel de las instituciones políticas en la globalización y ante estas, la función del Estado nacional en los procesos de apertura de mercados de capitales y en la liberalización del comercio. Estos procesos, si bien se han gestado en instancias supranacionales, requieren una participación de los Estados para que se desarrollen en mayor o menor amplitud y profundidad. Los acuerdos y las tendencias externas plantean retos y presiones a los gobiernos y a todos los organismos que conforman la arquitectura estatal. La regulación entra en diálogo con estos discursos y, frecuentemente, termina por ampliarse para adaptarse a ellos (Chevallier, 2011).

Las entidades internacionales, que se han creado en el marco del sistema internacional, son diversas y han adquirido reconocimiento, así como poder, para ejercer influencia en los Estados. Esto es visible en el campo económico y está directamente ligado con los procesos de globalización. Stiglitz (2003) lo expone al describir y analizar lo que instituciones como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial han generado en las décadas recientes, para crear las condiciones óptimas a la apertura de mercados y a la liberalización de las restricciones al comercio internacional. En la forma de “acuerdos” el FMI, por ejemplo, ejerce su enorme poder en los Estados más pobres que

solicitan recursos para enfrentar crisis, o fortalecer sus instituciones internas para beneficio de la población más vulnerable. Los casos de países de África y Asia, que el ganador del Nobel desarrolla, son ilustrativos de los efectos no siempre benéficos que los lineamientos y recomendaciones del Fondo tienen sobre las economías nacionales.

Pero la globalización no se limita ni se logra comprender únicamente desde la perspectiva económica. En un prominente ensayo, Bauman (2001) consigue una mejor y más profunda caracterización del fenómeno; al considerar sus alcances sociales de forma que posibiliten entrever sus demás aristas. Por una parte, la globalización ha creado la “independencia del espacio”, es decir que se deshizo cualquier limitación física que el territorio imponía, a las decisiones políticas. Esta nueva condición de la empresa global, de la mundialización del capital financiero y de la ubicuidad de los recursos monetarios de los accionistas y dueños, los privilegia sobre los trabajadores y proveedores que están todavía limitados a su condición local y no se benefician de ella. Por el contrario, son las consecuencias de esta movilidad las que están relacionadas con el territorio y son los locales los que las viven y las sufren, según sea el caso (Bauman, 2001).

Tras de esta promesa emergen las consignas de la apertura al capital extranjero, en búsqueda de nuevos inversionistas en mercados locales. En todo caso, hay que hacerlas más atrayentes para poder captar sus recursos. La “confianza inversionista”¹⁷ es un re-

¹⁷ La confianza inversionista era una de las principales ideas tanto de la campaña como del primer gobierno del expresidente Álvaro Uribe Vélez. Si bien son variadas las fuentes para explorar esta idea, llama la atención la que aparece en la página de internet del partido político Centro Democrático: “La

quisito que exige crear las ventajas competitivas en el contexto nacional y en el subnacional, de tal forma que un conglomerado económico extranjero, por ejemplo, decida instalar una sucursal y esta inversión aumente la productividad y el empleo. En palabras de Stiglitz, esta es una de las promesas rotas de la globalización.

En efecto, la inversión extranjera ha desempeñado un papel muy importante en los procesos de globalización. Al ponerse en el centro de las prescripciones para el logro del crecimiento económico, se ha afirmado reiteradamente que la inversión genera el crecimiento. Una de las vías preferidas para argumentar esta relación directa entre inversión y crecimiento, es la (supuesta) creación de empleos.

4.2 La Agenda Global de Salud

Desde luego que, en este contexto, las instituciones multilaterales tienen relevancia y son uno de los escenarios donde los debates en torno a la globalización emergen con mayor dinamismo. Actualmente, es posible hablar de un sistema internacional conformado por diversos actores y no solamente los Estados nacionales. Si se piensa desde una perspectiva tradicional de la diplomacia, el Estado se considera el principal, por no decir el único participante

confianza inversionista requiere seguridad física y jurídica, determinación política para estimularla, buen manejo de la economía y capacidad de introducir ajustes en cada momento. Ajustes dentro de la senda que conduzca a objetivos definidos con claridad, sin incurrir en el extremo del estancamiento y tampoco en alteraciones bruscas de rumbo” (https://www.centrodemocratico.com/?page_id=4868)

en la escena internacional. En este sentido, los Estados soberanos eran los únicos protagonistas de las discusiones, los consensos y los disensos entre países, hasta hace algunos años. Recientemente, es posible afirmar y es necesario reconocer que los espacios de la política internacional han integrado crecientemente a otras organizaciones más allá de los Estados, entre las cuales es posible mencionar: movimientos sociales, centros de pensamiento, Organizaciones No Gubernamentales, grupos académicos, empresas transnacionales, entre otras. Esta nueva y más amplia gama de participantes ha generado cambios en la perspectiva para abordar las problemáticas de interés que traspasan las fronteras nacionales y abren el espacio a nuevos temas que pasan por asuntos culturales, sociales, de seguridad, de ciencia y tecnología, de derechos humanos y de medio ambiente, así como los de la salud pública.

La creación en 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como entidad adscrita a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), surgió como iniciativa para contar con un organismo multilateral que se ocupara de los asuntos relacionados con la salud de las poblaciones y que sirviera a los gobiernos como apoyo técnico, científico y político a sus acciones sanitarias. Desde ese momento, son muchos los eventos ocurridos en relación con la salud y el bienestar de las personas y de la misma manera como se han superado algunas problemáticas históricas, han surgido otras preocupaciones en los Estados y en sus entidades del sector sanitario. Las problemáticas en la salud pública han cambiado de la misma forma que las sociedades han cambiado. Actualmente, los problemas de salud tienen nuevas expresiones sociales que se derivan, entre otros factores, de los cambios demográficos que la mayoría de los países del mundo han experimentado en los últimos cincuenta años.

La relación existente entre salud y desarrollo ha abierto un espacio para el debate académico y político reflexionando sobre las preocupaciones de orden local, nacional y transnacional, y los asuntos de salud colectiva. Esto se ha traducido y materializado en la creación de lo que algunos han llamado la Agenda Global de Salud (Pagés, 2013), que se expresa en varios elementos abordados en el presente documento.

Entonces, cabe preguntarse: ¿de qué manera se configura o se define esta Agenda Global de Salud? Y, en consecuencia, ¿qué efecto tiene una Agenda Global de Salud en la construcción de una, por así llamarla, Agenda Nacional de Salud? La reflexión que aquí se propone, sugiere, en primera instancia, que en la Agenda Global de Salud participan varios actores con intereses claros sobre los problemas de salud en distintos lugares del mundo; en segunda, que dentro de estos actores los países de mayor desarrollo económico tienen una mayor influencia y capacidad de posicionar sus preocupaciones locales en la agenda internacional y que, dadas estas características, las Agendas Nacionales están fuertemente influenciadas por lo que en el escenario internacional se decide, independientemente, de los debates locales e incluso de las propias problemáticas identificadas.

Desde el acto de constitución de la Organización Mundial de la Salud en Julio de 1946, se ha hablado de la salud como componente fundamental para el desarrollo, la seguridad, la paz y el reconocimiento de los derechos fundamentales. (OPS, 2012). Esto es claro desde la declaración de sus principios y permite ver de qué manera se configura el escenario internacional para el debate técnico y político de la Salud Pública, en la etapa pos Segunda Guerra Mundial; claramente, articulado con la creación de la Organización de las Naciones Unidas.

Recientemente, se ha hecho evidente la relación entre la política internacional y los problemas de la salud pública. En 2005, David Fidler presentó un estudio sobre la forma como los asuntos de la salud pública han logrado relevancia en los debates políticos internacionales en los últimos años (Fidler, 2005). Al analizar los mecanismos mediante los cuales la salud ha logrado un espacio en la política internacional, el autor revisa las funciones básicas de la política exterior que, para él, son: la seguridad, la contribución al desarrollo económico y la prosperidad, el mantenimiento del orden y la estabilidad nacional y regional y, finalmente, la protección de la dignidad y los derechos humanos. En su artículo, Fidler indica que los asuntos de salud tradicionalmente se habían relacionado con lo que otros autores, como Nye, llaman el “Poder Suave”; en tanto que no se consideraban relacionados directamente con los asuntos de la seguridad nacional, la soberanía y el control territorial, pero que implican en los tiempos actuales una acción transnacional que reconozca la interdependencia para afrontar —en ese momento— los desafíos de la propagación del VIH-SIDA, el comercio de drogas ilícitas y el terrorismo (Nye, 1990). Incluso Fidler asevera que los temas de salud se habían encasillado bajo el rótulo de “humanitarismo” en los debates de política internacional y reconoce, allí mismo, que la creación de la Organización Mundial de la Salud abrió por primera vez la posibilidad de encontrar vínculos más fuertes entre la salud y la política exterior.

Estos vínculos son más visibles hoy cuando se ha construido una Agenda de Seguridad y Salud Global, sustentada en la alianza de 64 países, organizaciones internacionales y actores no gubernamentales que buscan crear mayor seguridad frente al riesgo mundial de enfermedades infecciosas y, además, incluir

los temas de la salud global como prioridades de seguridad nacional. (Global security agenda, 2019). El foco está en las enfermedades transmisibles y la amenaza que ejercen sobre todos los países del mundo. Una de las líneas de interés es el bioterrorismo y la proliferación de armas químicas y biológicas. Esta alianza transnacional tiene entre sus principales herramientas, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional que se construyó, inicialmente, a mediados del siglo xx.

La más reciente versión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), vigente en la actualidad (OMS, 2008), fue presentada en 2005, como producto del consenso de 196 Estados miembros de la Organización. Esta nueva versión tiene antecedentes desde 1951, cuando la misma OMS promulgó por primera vez este documento en la cuarta Asamblea Mundial de Salud. Luego, en 1969, se revisó y se emitió una segunda versión que se modificó nuevamente en 1972 y 1981. Estas dos revisiones fueron complementos a la de 1969 que pasó a estudio y ajuste en la década de 2000, para ser acogida por la asamblea mundial de 2005 y entrar en vigencia en 2007.

El RSI es un documento que tiene como propósito primordial:

Prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. (RSI, 2008)

El RSI genera también recomendaciones para los Estados miembros de la OMS con el fin de controlar la propagación de enfer-

medades entre países. Estas recomendaciones también tienen carácter obligante en algunos casos, particularmente en aquellas relacionadas con la instalación de capacidades mínimas de control y respuesta en salud pública y en la notificación a la OMS de los eventos de salud pública que puedan constituir una emergencia internacional (OMS, 2004).

Para el 2006, en Colombia se designó, mediante el Decreto 3518, al Ministerio de Protección Social —hoy Ministerio de Salud y Protección Social— como responsable de la aplicación y el seguimiento de lo dispuesto en el RSI. Esta figura está definida en el Reglamento como el Centro Nacional de Enlace para el RSI. El ministerio es el encargado de cumplir las tareas de Monitoreo, Evaluación, Notificación y Seguimiento de los eventos de salud pública de interés internacional definidos por la OMS.

Las medidas se concentraron en el control de riesgos en puertos internacionales tanto aéreos como terrestres y marítimos, para disminuir los riesgos de propagación de infección y contaminación de personas, cargas, medios de transporte y todo espacio físico en contacto con materiales potencialmente contaminados con sustancias patógenas que puedan significar un riesgo para el país y, en especial, para la diseminación internacional.

La aplicación de las recomendaciones y obligaciones que el organismo internacional presentó a los Estados miembros, fue aceptada por Colombia y esto se tradujo, por una parte, en las normas expedidas para darle cumplimiento y, por otra, en la organización de sus instituciones de manera que se implementara el reglamento en los plazos y términos expresados.

Por tanto, la construcción de una Agenda Global de Salud tiene varios insumos técnicos y políticos. El RSI es uno de ellos así como los distintos acuerdos regionales y globales, que se han

celebrado en los últimos años, aportan el otro insumo principal a la agenda. Esto plantea, al menos, una doble connotación para los países periféricos como Colombia. Por un lado, es una de las facetas de los procesos de globalización que actualmente tienen curso y lo incluye en los debates sobre el bienestar de la población que va definiéndose crecientemente como Sociedad Global (Frenk, 2014), en la cual las preocupaciones por el estado de salud y bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible se hacen pensando en el conjunto de todos los habitantes del planeta, a pesar de las enormes diferencias que existen y son evidentes entre países y regiones. Esta mirada amplia e incluyente debería acompañarse de una serie de estrategias y acciones concretas que hagan el cambio de los modelos de dependencia de los países pobres hacia un proceso consolidado de interdependencia, como se mencionará más adelante.

En segundo término le impone retos mayores a las sociedades más pobres y en condiciones de mayor vulnerabilidad económica y política, como las de América Latina, el Caribe y África. El debate se ubica en el intermedio de estas dos posibilidades. Los Estados nacionales, que tienen un papel secundario en los organismos internacionales porque no hacen parte de los círculos principales de decisión, reciben las recomendaciones que los consensos emiten para el diseño e implementación de políticas públicas pero a menudo deben resolver las limitaciones internas que tienen para encontrar los recursos necesarios, construir los consensos con otros actores políticos y económicos y ser capaces de lograr los objetivos delineados desde afuera.

La discusión actual de la agenda se sustenta en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, como el paso siguiente a los ODM (Frenk, 2014). Sin embargo, este y otros

autores llaman la atención sobre lo que puede ser una pérdida de protagonismo de los asuntos directamente relacionados con la salud pública, en este nuevo acuerdo mundial. A pesar de esta posibilidad, no se debe olvidar la relación obvia que los indicadores de cobertura en la atención de salud y otros como los de calidad de la atención tienen en lo que hoy se denomina desarrollo sostenible. De igual manera, como se menciona en la literatura revisada, si el énfasis puede estar en la Seguridad Alimentaria y en los efectos del Cambio Climático, la salud seguirá siendo central en el debate internacional y cada vez más ganará relevancia en la discusión política global.

Algunos años atrás, el mismo Frenk había identificado lo que, para él, serían los factores fundamentales que harían parte de esta tendencia a la globalización de la salud pública. (Frenk, 2007). Tales factores fueron definidos como:

- a. La creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud,
- b. el mayor pluralismo en la arena de la salud internacional, con una acelerada multiplicación del número de actores, y
- c. el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo económico, la seguridad global y la democracia. (Frenk, 2007)

La transmisión de agentes patógenos, o potencialmente patógenos, entre territorios no es en absoluto nueva y se relaciona con las migraciones que por siglos han estado presentes en las sociedades humanas. No en vano se habla ahora de la nueva globalización, para resaltar que el proceso actual es uno más de varios

que previamente se habían desarrollado en la historia. Además de ello, los patrones de salud-enfermedad humanas son dinámicos y se han adaptado a las nuevas condiciones de vida, viajes, urbanización creciente y modificación de hábitos de consumo y de relaciones interpersonales. De hecho, la ONU ha redefinido recientemente el concepto de Enfermedades Crónicas por el de Enfermedades No Transmisibles; que, dicho sea de paso, también debería reconsiderarse y tener en cuenta conceptos contemporáneos de redes e interacciones complejas. Esto se trata, naturalmente, de la ciencia de redes complejas, una de las ciencias de la complejidad.

Los actores son diversos y crecientes. Frenk recuerda que las agencias y programas de las Naciones Unidas se han multiplicado en los últimos 50 años y que muchas de estas instancias tienen relación con la salud. La banca internacional (FMI, BM, BID) tiene estudios sobre la salud y sus efectos en la economía y el desarrollo que son insumos de políticas públicas nacionales. Estos se utilizan para diseñar planes y programas de salud pública, para reformar o rediseñar los sistemas de atención sanitaria y de protección social y estas entidades están en permanente observación del desempeño económico de los sistemas sanitarios como parte del cumplimiento de los pactos y acuerdos con sus países miembros.

Pero los actores son aún más. Las entidades filantrópicas, las Organizaciones No Gubernamentales y, por supuesto, las empresas multinacionales productoras de insumos para la atención en salud como las farmacéuticas y las compañías que fabrican equipos biomédicos; participan también de la definición de la Agenda Global de Salud. Esto para bien o para mal, sin duda. No se trata de un romanticismo o añoranza por lo estatal. Es la necesidad de que la política en su mejor dimensión y con sus mejores capacidades, sea la que lidere la construcción de la agenda,

en defensa del bienestar colectivo. Esto no riñe con una concepción contemporánea del Estado en su forma de gobernanza, con amplia participación de sectores diversos de la sociedad. Por el contrario, uno de los nodos críticos en la discusión de la relación local-global es la naturaleza y el poder de los gobiernos en la arena internacional.

En este escenario, que exige mayor pluralidad, un actor debe ganar creciente presencia e influencia en los contextos de política internacional, es quien represente a los actores locales nacionales del sector de la salud pública. La presencia constante e influyente de quienes están planteando la voz de las multinacionales privadas y también de quienes hacen parte de los grupos de investigación que frecuentemente tienen base en los países de más alto desarrollo económico, exige que las personas tengan sus representantes en la definición de la Agenda Global de Salud. (Fidler y Drager, 2006). Se requiere la presencia de actores no estatales que puedan representar, por ejemplo, a las minorías o a los grupos de mayor vulnerabilidad social de los países en desarrollo, para que la salud global en realidad se globalice. La salud debe convertirse, según los autores, en un Bien Público Global.

4.3 Las Enfermedades No Transmisibles en la ONU

En la última década, la importancia de este fenómeno se manifiesta en que la propia Organización de las Naciones Unidas ha incluido en su agenda las ENT (ONU, 2011). En 2011 se realizó la primera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención y el con-

trol de las Enfermedades No Transmisibles. La ONU aportó en esa asamblea datos científicos y promovió en los Estados participantes que se asumiera una serie de compromisos para modificar las tendencias mundiales de las ENT y sus múltiples efectos sociales, económicos y políticos. El único antecedente a esta reunión de la Asamblea General para un tema de salud pública, fue la que se celebró en 2001 para enfrentar la grave situación mundial de la epidemia de VIH-SIDA, que había alcanzado la escandalosa cifra de 40 millones de muertes hasta el año 2000, en todo el planeta.

En 2011, los Estados participantes reconocen en la declaración política el rol de liderazgo de la OMS “como principal organismo especializado en el sector de la salud, así como las funciones que le competen en cuanto a la política sanitaria de conformidad con su mandato [...]” (OMS, 2011). Específicamente, se refiere además a “las funciones que desempeña en la promoción y vigilancia de la acción global contra las enfermedades no transmisibles [...]”. (OMS, 2011).

También se comprometen los Estados a:

Promover la ejecución de intervenciones multisectoriales eficaces en función de los costos en beneficio de toda la población para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, a saber, el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el consumo perjudicial de alcohol, mediante la aplicación de acuerdos y estrategias internacionales pertinentes y de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales, sin perjuicio del derecho de las naciones soberanas a determinar y establecer sus políticas fiscales y de otra índole, según proceda, implicando a todos los sec-

tores competentes, a la sociedad civil y a las comunidades que corresponda [...]. (ONU, 2011)

A renglón seguido, la declaración presenta 12 recomendaciones a los Estados participantes que se enfocan en aspectos como la formulación de políticas públicas, planes y programas de promoción de la salud, el desarrollo de estrategias de educación en factores de riesgo para prevención de las ENT, en acelerar y aumentar la aplicación de regulaciones para el control del consumo de tabaco y de alcohol. También se proponen otras líneas de acción como el diseño e implementación de programas orientados a incrementar la actividad física, así como a promover la lactancia materna. La declaración también recomienda, en varios puntos, disminuir el consumo de sal y fortalecer los programas de vacunación, así como mejorar los programas de detección temprana de cáncer. Todo lo anterior se enmarca en un componente de fortalecimiento y promoción de la acción intersectorial, que sea consistente con los enfoques explicativos de los determinantes sociales de la salud.

Es clara la orientación para que se construyan y apliquen políticas públicas cuyo propósito y énfasis se definen sobre la prevención y el control de las ENT. Tales recomendaciones son líneas de acción concretas para que los países miembros de la ONU cumplan objetivos multilaterales de política a partir del consenso que se forma en el escenario internacional. Por lo tanto, hay una evidente influencia desde la organización, sobre la definición interna de prioridades nacionales en los temas de salud colectiva y países como Colombia han aceptado tales recomendaciones políticas y las han convertido en planes y programas para su población.

En los últimos años, se destacan, en esta línea de diseño y puesta en marcha de una agenda global de salud, los Objetivos de

Desarrollo Sostenible que constituyen una declaración política con un marco temporal a 2030. Sus 3 ejes fundamentales son: erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos. (ONU, 2019). Los propósitos en la declaración de la ONU sobre los ODS son de orientación universalista, con la intención manifiesta de modificar asuntos de fondo que son problemáticos en la sociedad actual, como la desigualdad entre países y regiones, el cambio climático y la degradación ambiental, la pobreza creciente en muchas zonas del mundo, la exclusión de minorías por motivos raciales o religiosos y la discriminación de la mujer. También considera temas como las migraciones y los desastres naturales, por los efectos que tienen especialmente en zonas geográficas y poblaciones más vulnerables. No obstante, su realización se ve problemática al existir procesos y patrones de interacción, fuertemente orientados por intereses económicos que son los principales causantes de los problemas planteados. Por ejemplo, la misma declaración reconoce las enormes limitaciones para avanzar en la superación de las desigualdades y en que uno de los principales obstáculos para conseguirlo, es el elevado y creciente nivel de endeudamiento de los países pobres, con los más desarrollados y con las financiadoras (supuestamente) del desarrollo. El centro de los propósitos de la agenda 2030 es el desarrollo y el principal mecanismo es el empleo. La ONU incluyó en las discusiones a actores no gubernamentales y esto es explícito en su declaración oficial (ONU, 2015).

4.4 Los problemas de salud pública internacionales y los problemas de salud pública nacionales desde las perspectivas teóricas

La definición de la Agenda Global de Salud y, en consecuencia, el posible efecto que esta Agenda tiene sobre la creación e implementación de las políticas públicas en salud del orden nacional, permiten comprender la forma como la globalización tiene influencia en los gobiernos que suscriben acuerdos con entidades multilaterales; los cuales son una de las principales expresiones de este fenómeno.

Según Escudé, el Realismo Periférico es una estrategia adoptada por Estados débiles quienes se acercan a poderes centrales que residen en Estados más poderosos, con el fin de evitar la confrontación y también de recibir algunos beneficios en términos económicos y políticos (Escudé, 1992). Esta propuesta está bien circunscrita en los países latinoamericanos e implica varios asuntos que son motivo de controversia para muchos investigadores. Por ejemplo, el Realismo Periférico da a entender que los países pobres o periféricos, que se acogen a esta fórmula, no tienen poder y que solamente están en un papel de servidumbre ante las potencias centrales hegemónicas.

Igualmente, supone que estos países periféricos obedecen las disposiciones emanadas por los Estados más fuertes y, por ende, que su papel en el sistema internacional no es decisivo ni influyente. Se limitan a secundar las propuestas o las posiciones que los países centrales presentan en los foros internacionales o con motivo de los conflictos entre naciones. En América Latina, el escenario para las explicaciones desde el Realismo Periférico se ha visto muy apto y oportuno recientemente, por cuanto apa-

recen en el contexto de la relación con Estados Unidos, un grupo bien diferenciado de países “aliados” a la gran potencia hemisférica y mundial, a la vez que existen otros que son capaces de discrepar y de marcar diferencias ideológicas, al ser contestatarios ante las posturas norteamericanas, que el grupo de “periféricos” respalda sin mayores discusiones. A pesar de ello, Escudé señala que este grupo de países que se aleja y debate con el poder central, no entra en confrontación bélica porque es claro el impacto que tendría sobre su supervivencia.

En los organismos internacionales, el poder también tiene centralidades. Las grandes economías mundiales juegan un papel protagónico en las asambleas globales y no puede desconocerse que son altamente influyentes en las declaraciones políticas de dichos organismos y consecuentemente, en las decisiones que allí se toman. En las entidades que se ocupan de la salud pública como la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud, el poder norteamericano y europeo (en la primera) y el norteamericano y canadiense (en la segunda) son de gran peso en los debates técnicos y políticos y sus intereses como Estados tienen gran visibilidad en las decisiones y las recomendaciones que allí se diseñan. La forma como se entregan tales orientaciones y se aplican en países periféricos, es mediante los acuerdos descritos anteriormente. No obstante, es pertinente aclarar que no hay consenso entre las organizaciones internacionales. Stiglitz ha remarcado los desacuerdos, por ejemplo, entre la Organización Internacional del Trabajo y el Fondo Monetario Internacional, sobre los derechos de los trabajadores y lo que se conoce con el nombre de “trabajo decente” (Stiglitz, 2003).

Si además del poder económico y militar, se reconoce el poder de la ciencia y la tecnología en el escenario global, la ca-

pacidad de influir en las agendas multilaterales y que estas se ejecuten fielmente en los países periféricos es también innegable. Se habla del poder de la ciencia que los centros de pensamiento, algunos de ellos en las universidades estadounidenses o canadienses, esgrimen para posicionar un problema, que en sus sociedades es evidente y tiene ya varias décadas. En esta argumentación, es claro cómo las Enfermedades No Transmisibles, ligadas al envejecimiento poblacional, aparecen en toda su magnitud cuando se debaten los temas de salubridad pública en las agencias globales y continentales; auspiciadas como campo problemático prioritario, por los grandes centros de investigación de las universidades del norte del continente americano y en Europa, por los centros de estudio en Finlandia y otros países nórdicos. Al ser estos centros de pensamiento líderes en investigación biomédica como en investigación social tienen una mayor capacidad de negociación de sus prioridades, comparados con otros que frecuentemente son más usuarios que productores de nuevo conocimiento científico.

Por lo anterior, es posible explicar por qué estas dos temáticas (ENT y envejecimiento poblacional) aparecen primero y con mayor fuerza en los documentos técnicos de la OMS que en las políticas nacionales de salud. Posteriormente, gobiernos como el de Colombia las incluyen en sus prioridades nacionales y se esmeran en construir políticas públicas, planes y proyectos que sigan las líneas trazadas por las declaraciones internacionales sobre el tema, a la vez que organizan sus instituciones para afrontar los cambios que, desde el exterior, se ven y, en la misma medida, intentan cumplir las exigencias de los organismos internacionales sobre estos asuntos.

Se observa un papel protagónico de las economías mundiales sobre la agenda internacional, para determinar las políticas

públicas que se deben implementar en los países menos desarrollados; pero en ningún momento se discute, o en el peor de los casos, se tiene en cuenta la opinión de dichos países para la estructuración, realimentación y análisis de las políticas que ya han sido implementadas y que dependen de unas condiciones sociales, económicas, políticas y de seguridad propias y únicas para su implementación. Así mismo, se habla siempre en las agendas públicas de compartir experiencias exitosas de programas implementados en potenciales mundiales, pero nunca se habla de compartir “métodos diagnósticos” o “patentes” a un bajo costo, de acuerdo con las “precarias” condiciones económicas de las regiones subyugadas por la miseria, la violencia y el hambre. Pareciese que los países de Latinoamérica y África estuvieran en una condición de “experimentación social”, donde los países económicamente más influyentes tuvieran acceso sin límite para estudiarlos y crear nuevos enfoques y análisis que posteriormente son vendidos a los mismos países menos desarrollados como la panacea o solución a los problemas regionales.

Es necesario advertir que el marco en el cual se desarrolla el Realismo Periférico está más dispuesto a las relaciones bilaterales que a los escenarios multilaterales, como las organizaciones citadas en este documento. A pesar de ello, el peso que tienen los Estados más poderosos al interior de estas instancias internacionales es incuestionable y permitiría un análisis como el que aquí se propone. No obstante, es claro también que faltan otros elementos tanto teóricos como heurísticos para resolver el cuestionamiento por el efecto de las entidades internacionales en este campo de la salud colectiva. Lo que queda pendiente por profundizar en esta perspectiva, es el papel y la necesidad de la creación de entidades supranacionales con poder para orientar adecuada-

mente y de forma diferenciada los procesos de globalización, más allá de las relaciones bilaterales. Estas instituciones, aunque están presentes en el sistema internacional, no han cumplido el rol requerido para materializar las promesas y fortalecer los avances de la globalización, mientras se limitan o se corrigen los efectos destructivos que han tenido.

Persiste una dependencia tecnológica que, en este momento, es visible en la relación centro-periferia. Esta diferencia que se combina con la presencia cada vez mayor de empresas con gran poder económico, cuyo origen está en los Estados desarrollados y sus actividades económicas y de investigación, hace que en campos como los de la salud pública, su efecto tenga mayores y más profundas consecuencias en la forma como se posicionan ciertos asuntos en las agendas políticas y producen decisiones nacionales que favorecen frecuentemente los intereses de los países de mayor poder y de sus empresas más emblemáticas. Aunque, como lo establece Kay (1998), ha habido transferencia tecnológica en países como Brasil o México, es aún insuficiente para pensar que tengan efectos comparables sobre la economía, los ingresos y el empleo al compararlos con Europa o Estados Unidos.

Las mismas condiciones de globalización, o las exigencias económicas de las bancas mundiales bajo la forma de acuerdos y tratados de libre comercio, así como las estrategias de libre competencia entre países de la misma región, han priorizado la racionalidad individual en el escenario de la hoy llamada competitividad, de manera que se establecen sociedades comerciales antes que alianzas para construir desde la cooperación. En términos de Martin Nowak (2012), se estaría hablando de juegos de competencia y no de colaboración, los cuales solo buscan el bien individual y no la “cooperación egoísta” para la mutua so-

brevivencia de sus poblaciones. ¿Hasta qué punto se requiere la ayuda de un “otro con mayor poder”, si se tiene en cuenta que solo busca maximizar sus ganancias o tener un “juego de suma cero”? Esta cuestión enfrenta las posturas del realismo periférico que, en últimas, se nutre de postulados como la “política del buen vecino”, tan recordadas en América Latina.

4.5 No es lo mismo globalizar que universalizar

En su forma actual, la globalización se ha deshecho de una de sus más atractivas connotaciones, la universalización, que el mismo Bauman ubica en el marco de una voluntad de cambiar y mejorar el mundo, en búsqueda —tal vez— de la igualdad. En asuntos centrales como la reducción de la pobreza y la disminución de las desigualdades, los procesos de la globalización han fallado estrepitosamente. Por el contrario, se han ampliado las brechas entre países desarrollados y en vías de desarrollo y al interior de estos últimos, las inequidades son mayores y crecientes (Bauman, 2017). Las políticas de ajuste fiscal que promueven entidades como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, abanderadas de la globalización, generan consecuencias en el nivel nacional y en las regiones al interior de los países. Esto produce resultados contrarios, incluso a los postulados civilizatorios que perfilaron el avance de las sociedades occidentales. Tal como el mismo Bauman lo expone, el espacio social ha mutado en la actualidad. Las élites se aíslan y la gran masa poblacional se queda expuesta a los problemas de seguridad y a la exclusión que esto ha generado. De tal suerte que las diferencias y las inequida-

des no son únicamente de carácter monetario sino crecientemente se demuestra en una lucha por los espacios públicos, sobre todo en las grandes urbes: “No solidarizarse con el otro sino evitarlo, separarse de él: tal es la gran estrategia de supervivencia en la megalópolis moderna” (Bauman, 2017 p. 56).

Si quisiera resaltar alguna característica del momento actual de la globalización, sería precisamente la agudización de las diferencias. Crecen las poblaciones excluidas de los procesos económicos y políticos, lo cual acentúa el descontento y la frustración en muchas personas. La globalización es desconexión con el lugar y con el vecino. Lo que Lash (2005) describe como “Formas tecnológicas de vida” facilita la comprensión de este rasgo distintivo del momento actual. Las personas están cada vez más conectadas en interfases con una serie de aparatos y sistemas tecnológicos que llevan a una deslocalización del sujeto y a su desprendimiento del territorio físico. Son como el autor las denomina: formas a distancia. El cuerpo (los cuerpos) es ahora y cada vez más un sistema abierto, en interconexión. De esta manera se configuran unas formas de vida “no lineales” que comprimen la información al sintetizar su sentido en formas abreviadas distintas de los relatos y los discursos tradicionales (Lash, 2005). La segunda característica es la ruptura con la linealidad del tiempo. Hay una *aceleración*, porque el tiempo ahora es tecnológico y sobrepasa —es que es más rápido que— la narración. De esta forma, emergen nuevas maneras de vivir y, entonces, de interactuar, que conectan personas a cientos o miles de kilómetros a la vez que las desconectan de quienes pueden estar a unos pocos metros. Lo global se entiende también en estas redes que probablemente sin proponérselo, acrecientan la diferenciación y la exclusión. Como lo resume Lash: “La clase social se convierte en una cuestión de

acceso a las plataformas y a la condición —en el aire— de las formas tecnológicas de vida” (p. 57).

Lo que emerge de esta visión es un mundo cada vez más interconectado, donde aparecen circuitos con flujos de información que son, en sí mismos, centros de poder. Las redes de este mundo son complejas, dinámicas, cambiantes y sus nodos están abiertos informacionalmente. Asistimos a la modificación de los núcleos tradicionales, en los cuales los gobiernos centrales tenían la última palabra. En la globalización, la constante es la deslocalización de las decisiones, el cambio en las prioridades y la transformación permanente de las reglas y las instituciones políticas. La gobernanza, como un propósito de la democracia contemporánea, ahora es también gobernanza global y hace converger a los nuevos actores que defienden sus intereses. La diplomacia de la ONU se abrió a las fundaciones filantrópicas como la Gates y la Rockefeller, que tienen sus propias agendas muy vinculadas, por cierto, con asuntos de interés en salud pública como la vacunación y el desarrollo infantil. La agenda formal, como fue descrita en los años 70 por Cobb y Ross, actualmente, se construye desde diversos discursos, necesidades y agentes de la acción política.

El tiempo también es problemático en la globalización. Los procesos de consolidación de las sociedades desarrolladas deben leerse en escalas temporales distintas de las que son aplicables en los países no industrializados. Las instituciones políticas, por ejemplo, son distintas en los países de altos ingresos y no resultan trasplantables a los de medianos y bajos ingresos, porque sus procesos sociales y su historia particular tienen otros ritmos y, entonces, otras resultantes. Melucci (2001) nos alertó sobre la discontinuidad, es decir, la nueva realidad que se ha creado a partir de la capacidad de autodestrucción como consecuencia de los

avances en las armas nucleares y por la capacidad de intervención en la naturaleza interna, mediante los descubrimientos de la genética. Estos fenómenos, dice, son “irreversibles y autopoieticos” (Melucci, 2001).

4.6 Conclusiones

En este ensayo se han presentado algunas de las perspectivas teóricas que permiten comprender un cierto perfil de la globalización y sus posibles relaciones e incluso efectos sobre la salud pública, como la denominada Agenda Global de Salud que emerge de interacciones más complejas y, a la vez, más diversas, a partir de los actores más relevantes que participan en su formulación. Se revisaron los aportes teóricos sobre el posicionamiento de la salud pública como un problema de interés para la ciencia política y para la política internacional, en una categoría novedosa y, a mi juicio, inesperada que la considera recientemente un asunto de política mayor, como problema de seguridad nacional e internacional.

También se postula que la estructuración de la agenda política nacional en Colombia, especialmente en los temas relacionados con la salud pública, está altamente influenciada por los organismos internacionales como la ONU, la OMS y la OPS, entre otros; sus perspectivas particulares están directamente ligadas con las líneas de las agencias económicas del sistema internacional, especialmente la Organización Mundial del Comercio, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Aunque son visibles algunas controversias entre estas organizaciones, prevalece, hasta ahora, el enfoque de política económica y su poderosa influencia en las decisiones locales.

Los países más desarrollados tienen una gran capacidad y voz decisoria en las entidades multilaterales, debido al poder que tienen para influir las orientaciones colectivas generadas en estas instancias. Este poder de persuasión está relacionado con su habilidad para argumentar las posturas y sustentar puntos de vista, así como líneas de acción, que allí consideran problemáticas y convertirlas en problemas públicos de orden internacional, sujetos de la elaboración e implementación de políticas públicas nacionales y regionales. El ejemplo descrito fue el de las Enfermedades No Transmisibles que son mucho más prevalentes y de mayor gravedad en los países más desarrollados que en los menos desarrollados económicamente. Este grupo de enfermedades ha llegado a considerarse el principal problema de salud pública mundial, hasta el punto de ser motivo de una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2011, donde se debatió sobre el tema y se generaron lineamientos internacionales de política pública en salud. Ante este proceso de posicionamiento en la Agenda Global, los países menos desarrollados hemos incorporado rápidamente en la Agenda Nacional de salud pública esas recomendaciones, aunque no siempre las evidencias y argumentos locales la sustenten claramente.

Existen evidencias que muestran el gran efecto que los centros de investigación de las universidades norteamericanas y europeas tienen en la definición de los problemas sanitarios mundiales y la relación que se construye entre los problemas de salud y los conceptos de desarrollo económico, productividad y globalización. Una muestra clara del poder de los organismos internacionales se presenta en la existencia y evaluación permanente de un Reglamento Sanitario Internacional que tiene el propósito de ejercer control sobre el comercio transnacional en términos de ino-

cuidad de mercancías y de protección de los países ante el riesgo del ingreso de personas o materiales contaminados. Sin embargo, la transformación en el ejercicio de poder, de distintas formas de poder en el escenario de la globalización, se ubica en nuevos centros y se vincula con procesos como las patentes y la propiedad intelectual, que son parte de las nuevas reglas por encima de los Estados nacionales y con efectos que llegan hasta el nivel local.

Como se denominó desde principios del siglo pasado, la salud internacional o la salud global, como se nombra actualmente este fenómeno, requiere procesos reales de interdependencia compleja entre países con mayores y menores capacidades de respuesta a los retos sanitarios, ambientales, alimentarios y de seguridad que implican los procesos actuales que la misma ola de globalización económica ejerce sobre las comunidades locales. Resulta muy simple pensar que solo con dictados de los grupos de expertos que se reúnen en los organismos del sistema internacional, los países más vulnerables podrán resolver las dificultades que enfrentan para lograr mayores niveles de equidad social, distribución más homogénea de la riqueza y cerrar las brechas de infraestructura que sus poblaciones más relegadas enfrentan actualmente.

Los problemas de la salud pública seguirán creciendo en la agenda política local e internacional por cuanto implican procesos de concertación con las comunidades y con los actores de todo el ámbito social. Los retos actuales como el zika, la violencia, los problemas de seguridad alimentaria, la contaminación ambiental o los problemas de salud mental; deben ser objeto de debate público y de acción política coordinada entre Estados, sector privado y sociedad civil para que puedan ser resueltos en bien de la población mundial.

Lejos de una universalización de la salud, lo que es plausible hasta el momento, es una globalización de las enfermedades y los riesgos. La cascada de redistribución de la riqueza que ha sido uno de los ideales de la mundialización del comercio y de la liberalización de los mercados, está lejos de lograrse y se han profundizado las brechas. La exclusión prevalece y se afianza en los circuitos de producción, mientras que el desempleo y la marginalización continúan sin resolverse en muchos lugares del mundo, incluidas América Latina y Colombia. Entonces queda muy debilitado el marco conceptual de la globalización cuando las promesas se incumplen y se convierten frecuentemente en frustración, para millones de personas en todo el planeta.

4.7 Bibliografía

- Bauman, Z. (2017). *La globalización. Consecuencias humanas*. Fondo de Cultura Económica. (3ª ed.). México.
- Chevallier, J. (2011). *El Estado posmoderno*. Traducción de Oswaldo Pérez. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, D.C.
- Escudé, C. (1992). *Realismo Periférico: Bases Teóricas para una Nueva Política Exterior Argentina*. Buenos Aires. Planeta.
- - - (2009). *Realismo periférico- una filosofía de política exterior para estados débiles*. (1a ed.). Buenos Aires: Universidad del CEMA.
- Feldbaum, H. Lee, K. (2004). *Public Health and Security*. In: Ingram A. *Health, foreign policy and security. Towards a conceptual framework for research and policy*. UK Global Health Program. Working Paper, 2.
- Fidler, D. (2005). *Health and Foreign Policy: A conceptual overview*. The Nuffield Trust Global Health Programme. www.nuffieldtrust.org.uk
- Fidler, D. y Drager N. (2006). *Health and foreign policy*. Bulletin of the World Health Organization. September, 84(9).
- Franco, A., Álvarez-Dardet, C. y Ruiz, M. (2004). *Effect of democracy on Health: Ecological Study*. BMJ. 329, 18-25.
- Frenk, J. y Gómez-Dantés, O. (2007). *La globalización y la nueva salud pública*. Salud pública de México. 329, 18-25.
- Frenk, J., Gómez-Dantés O. y Moon, S. (2014). *From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence*. Lancet. 383, 94–97.
- Global security agenda. (2019). www.ghsagenda.org

- Gómez, A.C. (2016). Globalización y Desarrollo Económico. Colombia como caso de estudio. *Journal of international law*. 7, 02.
- James, H. (2016). Nuevo concepto, vieja realidad. *Finanzas y desarrollo*. Publicación del Fondo Monetario Internacional. 53 (4).
- Kay, C. (1998). *Estructuralismo y teoría de la dependencia en el período neoliberal*. Nueva Sociedad. 158.
- Lash, S. (2005). *Crítica de la información*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Melucci, A. (2001). *Vivencia y convivencia. Teoría social para una era de la información*. Trotta. Madrid.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). *Plan Nacional Intersectorial para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional*. Bogotá, D.C.
- (2012). *Plan Decenal de salud pública Colombia 2012-2021*. Bogotá, D.C.
- (2013) *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021*. Bogotá, D.C.
- Nowak, M. y Highfield, R. (2012). *Súper cooperadores. Las matemáticas de la evolución, el altruismo y el comportamiento humano*. Barcelona: Ediciones B.
- Nye, J. (1990). *Soft Power*. Foreign policy. No. 80. Autumn, 153-171.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). Asamblea general. *Declaración del Milenio*. Nueva York.
- (2011). ASAMBLEA GENERAL. *Reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. Declaración política*. Nueva York.
- (2015). *Memoria del Secretario General sobre la labor de la organización*. Nueva York.

- - - (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Respuesta de la salud pública a las armas biológicas y químicas*. Segunda Edición. Washington D.C.
- - - (2004). *Carga global de la Enfermedad*. Ginebra.
- - - (2008). *Reglamento Sanitario Internacional 2005*. Segunda Edición. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud*. (18a ed.). Washington D.C.
- Pagés, J. (2013). *Diplomacia en Salud Global: Un reto para la nueva agenda de desarrollo*. Rev. Chil. Salud Pública. 17 (2), 167-169.
- Stiglitz, J. (2003). *Globalization and its discontents*. Norton. New York.

5

Santiago Galvis V

**Revisión de los
modelos explicativos
de la salud pública.
sujetos, prácticas
y salud: una
interpretación**

5.1 Introducción

El propósito central de este texto es plantear un cuestionamiento a la salud pública. Ante todo, debe quedar claro que tal cosa no significa sugerir que la labor de la salud pública no es pertinente, ni que sus acciones son innecesarias; por el contrario, proponer un cuestionamiento parte de destacar la relevancia que esta tiene y justamente a raíz de eso, insiste en la necesidad de someterla a una crítica constante y rigurosa. La ausencia de controversia inmoviliza. Nada más perjudicial que emplear modelos explicativos estáticos para tratar de comprender realidades de naturaleza múltiple, dinámica y vigorosa.

El cuestionamiento que aquí se propone no es a la salud pública en general, entendida como un amplio campo de convergencia donde se articulan disciplinas, prácticas y saberes diversos. Es más bien, interrogar ciertos principios que describen su funcionamiento y, por tanto, que perfilan el tenor de sus acciones más destacadas. Particularmente, los argumentos que recoge este texto van dirigidos a revisar y discutir lo que denomino el mecanismo tras la salud pública o el modelo conceptual a través del cual esta explica las regularidades del mundo y los fenómenos que estima de mayor interés.

La tesis que defiende este documento es clara. La salud pública se acostumbró a operar bajo los lineamientos de un modelo regular y mecánico fundado en la linealidad, la centralidad y la predicción; ese modelo ha sido fundamental para el diseño de sus principales acciones, y ha orientado la intervención constante sobre actores que se asumen estables, singulares y objetivos. Los fundamentos que sustentan ese modelo explicativo son cuestionables, especialmente si se analizan desde la perspectiva de algunos

conceptos que nos ofrecen las ciencias sociales. En ese sentido, existe la necesidad de recurrir a interpretaciones poco exploradas, que contribuyan a construir explicaciones novedosas sobre el accionar de la salud pública y la interacción de sus actores.

Con ese horizonte, la primera parte del documento describe el accionar de la salud pública en términos generales y hace especial énfasis en los dispositivos de promoción de la salud y en sus estrategias de planeación e intervención. A partir de allí, propone que esa manera particular de gestionar las acciones responde a un modelo o mecanismo singular, cuyo funcionamiento privilegia tres principios concretos: la linealidad, la centralidad y la predictibilidad. La intención de hacer explícito este mecanismo es señalar sus principales dificultades, particularmente, las que se refieren a la comprensión de las realidades sobre las cuales la salud pública ejerce mayor influencia.

Descrito este panorama inicial, presentan dos cuestionamientos centrales. El primero se enfoca en las limitaciones de un modelo basado en regularidades para explicar fenómenos dinámicos e impredecibles como la salud y las interacciones sociales. El segundo, se aproxima a la naturaleza de los actores involucrados en esos fenómenos y propone un análisis desde las ciencias sociales para problematizar la relación entre individuo y colectivo. El objetivo principal de sugerir estos abordajes es discutir el confort que, a veces, muestra la salud pública cuando de discusiones conceptuales se trata. Más que cuestionar la efectividad de sus acciones, lo que aquí se busca es mostrar que pueden existir sendas interpretativas que aún no han sido suficientemente exploradas.

Cabe señalar que este texto no surge de reflexiones solitarias e individuales, sino que es el resultado de discusiones constantes y colectivas alrededor de la salud, la sociedad y la vida.

Estos debates han sido posibles gracias al seminario que, regularmente, convoca al grupo de investigación *Complejidad y Salud Pública* de la Facultad de Medicina en la Universidad El Bosque; y a los diálogos con estudiantes de los programas de maestría y doctorado en salud pública de la misma universidad.

Planificación y salud pública: cuestionamientos iniciales

Desde sus orígenes, uno de los principales propósitos de la salud pública ha sido intervenir las condiciones y estilos de vida de los seres humanos. En términos generales, tal intervención consiste en ejecutar respuestas organizadas que diseñan expertos e instituciones adscritas a lo que comúnmente se denomina el campo de la salud. Su principal objetivo es identificar los diversos factores que desencadenan la aparición de la enfermedad y hacer lo posible y eficaz para neutralizarlos o eliminarlos por completo. A partir de la segunda mitad del siglo xx, esta forma de intervención adquirió un perfil bastante definido que se distanció, significativamente, del modelo sanitarista adoptado por la salud pública durante el siglo xix: de mecanismos centrados en la coerción, las restricciones, los cordones sanitarios y las prohibiciones manifiestas, pasó a estrategias dirigidas a influir sobre la decisión y el libre albedrío de los individuos, promoviendo entre las poblaciones estilos de vida considerados coherentes con la conservación y el cuidado de la salud. Además, propuso un marco de acción institucional enfocado en la planeación y en el diseño de políticas multisectoriales, que sirvió de horizonte a los Estado y a sus funcionarios para definir el alcance de sus programas sanitarios (Porter, 1999; Rosen, 1985; Vigaello, 1997).

Dentro de ese repertorio de nuevas estrategias, la *promoción de la salud* ocupa una posición destacada. En la década de 1970, organismos multilaterales sumamente influyentes, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y representantes de algunos gobiernos, promovieron un proceso de transformación orientado a que la salud pública adoptara un modelo de intervención centrado, más que en el tratamiento y la cura, en la caracterización de los factores sociales, las condiciones ambientales y las decisiones individuales asociadas a la aparición de la enfermedad (Lupton, 1995, p. 50). Este modelo modificó los roles tradicionales que la salud pública le había asignado al Estado y al individuo. Por un lado, estableció que los esfuerzos del primero debían concentrarse, primordialmente, en el diseño e implementación de políticas públicas coordinadas con distintos sectores del gobierno; en el fomento de la participación efectiva y concreta de las comunidades, y en la reorientación de los servicios sanitarios para que estos fueran sensibles a las necesidades particulares de los usuarios. Por el otro lado, promovió que el individuo debía ejercer mayores controles sobre los factores que podían afectar su salud y encargarse de tomar decisiones acertadas que contribuyeran a promoverla (OMS, 1986). De manera clara, esta perspectiva asumió que el individuo era el primer responsable de salvaguardar el cuerpo y sus funciones vitales, y de mantenerlo apartado de aquellos influjos con el potencial de hacerle daño y afectar su bienestar (Galvis, 2019).

Así, la promoción de la salud se posicionó como una estrategia con la influencia suficiente para orientar a los agentes involucrados en el entramado de instituciones y saberes que configuran el campo de la salud pública. Su forma de comprender al individuo y al Estado, de investirlos de una identidad definida, de

caracterizar sus acciones y de asignarles una función determinada, resultó fundamental para el diseño de los planes, programas y políticas que perfilaron su quehacer, a nivel local y global. Este nuevo perfil puede ilustrarse a través de un ejemplo concreto. Al revisar las conclusiones de la *Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, celebrada en Shanghái en 2016, se advierte que a los gobiernos y a los individuos se les adjudicaron responsabilidades y roles específicos y distintos. A los primeros se les impulsó a formular políticas que favorecieran la construcción de contextos saludables, a diseñar estrategias intersectoriales en beneficio del cuidado y conservación de la salud, a promover la alfabetización en salud, la reestructuración y sostenibilidad de los servicios y a facilitar la construcción de capacidades para que los ciudadanos disfrutaran de mejores condiciones de vida. A los segundos, entretanto, se les reiteró su responsabilidad de elegir opciones congruentes con el cuidado y la conservación de la salud. Como ya se había señalado en ocasiones anteriores, la promoción de la salud partía de convencer a los individuos para que fueran físicamente activos, optaran por dietas saludables, se vacunaran voluntariamente, no utilizaran ninguna forma de tabaco, evitaran o minimizaran el uso del alcohol, manejaran el estrés, practicarán una buena higiene, adoptaran conductas sexuales seguras e hicieran chequeos rutinarios, entre otras recomendaciones (WHO, 1998, 2017d, 2018). En términos generales, puede afirmarse que, bajo los términos señalados, al Estado le correspondían asuntos eminentemente estructurales, mientras al individuo asuntos propios del ejercicio de su agencia particular y de su libre albedrío.

En la actualidad, estos principios siguen siendo medulares en la manera como la salud pública diseña e implementa sus intervenciones. Las iniciativas antes descritas, presentes en buena

parte de los planes, programas y proyectos enfocados en la promoción de la salud, ilustran la confianza en cierto *mecanismo*, cuyo funcionamiento indica cómo se pueden transformar las condiciones que permiten y promueven el surgimiento de la enfermedad. Las intervenciones mencionadas parten de identificar un conjunto de agentes preliminarmente definidos a los cuales se les asignan roles y funciones específicas, que sirven para orientar y predecir su comportamiento; en ese contexto, el éxito o fracaso de esas intervenciones depende de la adecuada articulación que logran alcanzar dichos agentes y de que cada uno ejecute correctamente la función, que le ha sido previamente asignada. En consecuencia, el mecanismo señalado sirve a los órganos encargados de gestionar la salud pública para trazar el horizonte de posibilidad que estiman conveniente y, a partir de allí, definir el tenor de las acciones necesarias para alcanzar las metas establecidas.

Un buen ejemplo de ello son los propósitos asociados a salud que aparecen en iniciativas de gran envergadura, como los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS). En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó su agenda de desarrollo para el año 2030; la cual estableció como uno de sus retos principales “asegurar que todos los seres humanos pudieran alcanzar su potencial en dignidad y equidad dentro de un medio ambiente saludable” (WHO, 2017a, p.5). El valor y relevancia que alcanzó dicho acuerdo permitió que los ODS devinieran un obligado punto de referencia para la acción política a nivel global y local, situación que facilitó la incorporación de la promoción de la salud como un elemento transversal de las acciones orientadas a alcanzar los propósitos trazados.

Si los ODS buscaban constituirse en una herramienta fundamental para garantizar a los seres humanos una vida en con-

diciones saludables y de bienestar, la promoción de la salud apareció, entonces, como una de las estrategias más convenientes para lograrlo. En ese contexto, la agenda conjunta de la ONU y la OMS estableció una serie de metas y principios fundados en la voluntad explícita de los gobiernos y los individuos, asignándole a cada uno funciones y responsabilidades concretas. A los primeros les correspondía diseñar e implementar las políticas e iniciativas adecuadas para crear contextos compatibles con la salud; de allí emergieron conceptos centrales como *Ciudades Saludables* y *Buena Gobernanza*, dos de los tres pilares que sustentan la promoción de la salud en la actualidad. A los segundos, entretanto, se les reiteró que su principal deber era “elegir salud”¹⁸, tarea que implicaba incrementar su conocimiento y capacidades sociales para seleccionar las opciones que, aparentemente, resultaban mejores para su bienestar (WHO, 2017c). Más allá de los detalles o controversias que puedan generar esta clase de iniciativas (Selin, 2015) lo que se quiere destacar es la reproducción de aquello que se ha denominado *mecanismo*, compuesto por agentes previamente definidos a los cuales se les asignan identidades y roles específicos que sirven para orientar y predecir el tenor de sus acciones y su comportamiento.

Desde luego que la búsqueda de mejores condiciones de salud para las poblaciones debe considerarse un objetivo plausible. Las visiones, que proyectan los planes de acción diseñados por las instituciones que gestionan la salud pública, invitan a imaginar un horizonte común donde las condiciones de vida son

¹⁸ En su momento, la OMS promocionó esta iniciativa con la campaña “#ChooseHealth: Health for all, and all for health”.

mejores a las actuales, el bienestar ha aumentado y las dificultades han sido paulatinamente superadas. Probablemente, hasta el más escéptico de los observadores estará de acuerdo con la necesidad de un porvenir rebotante de vida y salud. Sin embargo, los instrumentos dispuestos para conseguir tales objetivos y la lectura de la realidad tras su formulación, presentan una serie de inconvenientes que vale la pena revisar.

En particular, es necesario discutir la arquitectura que sustenta el mecanismo descrito y los supuestos que existen tras su funcionamiento. Tradicionalmente, las iniciativas orientadas a la planeación, al establecimiento de metas concretas y a la definición de indicadores que permiten su seguimiento, se fundan sobre enfoques teóricos lineales que perciben la planeación como un proceso organizado, consiente y continuo que depende del establecimiento de un control central activo. Conocido en la literatura como *modelo racional comprensivo*, esta forma de entender las acciones institucionales se asume como una ciencia racional dirigida por expertos, con las herramientas técnicas y la capacidad analítica para tomar siempre las decisiones más convenientes (Chimhowu, Hulme y Munro, 2019; Escobar, 1996; Gómez, 2019). A pesar de su influencia, existen aproximaciones que cuestionan ese potencial y reconocen limitaciones en sus planteamientos. A continuación, se presentan algunas reflexiones en este sentido y se busca con ello contribuir a ampliar los términos de la discusión propuesta.

5.2 El mecanismo tras la salud pública

Una de las tesis centrales de este documento es que las acciones de la salud pública y de las instituciones encargadas de gestionarla se orientan a contrarrestar las condiciones que generan enfermedad, y a aumentar los grados de bienestar y salud de las poblaciones. Ese ha sido, al menos, el horizonte que estas acciones han trazado. Con el propósito de alcanzarlo, se diseñaron una serie de intervenciones cuya finalidad principal es conseguir que los agentes involucrados asuman las responsabilidades asignadas. En el apartado anterior se vio cómo, para el caso concreto de la promoción de la salud, esas responsabilidades se distribuían entre las instituciones del Estado y los individuos y se fijan de antemano funciones y campos de operación específicos, que servían de punto de referencia para establecer sus patrones de comportamiento.

La discusión que aquí se plantea es sobre el presupuesto de un mecanismo particular, el cual es susceptible de varios cuestionamientos. Se proponen dos fundamentales. En primer lugar, el diseño y funcionamiento interno de este mecanismo responden a una arquitectura lineal, predecible y centralizada que resulta insuficiente para explicar fenómenos de naturaleza social y cultural, como el comportamiento de los individuos y las instituciones. En segundo lugar, la comprensión que tiene de los agentes involucrados asume la existencia de una identidad preestablecida, singular y relativamente estable, definición que restringe su carácter múltiple y diverso. A propósito de esto último, se defiende la idea de que los organismos sociales y los agentes que los configuran se definen a partir de la contingencia y el acontecimiento, razón por la cual es necesaria una mirada que reconozca su carácter

relacional y complejo. Hasta aquí, algunas de las tesis que sustentan estos argumentos pueden resultar algo confusas; se espera que una revisión más rigurosa de los mismos contribuya a despejar las principales inquietudes.

5.3 Una arquitectura lineal, predecible y centralizada

En términos generales, las intervenciones que respaldan el oficio de la salud pública se han diseñado siguiendo los lineamientos de un mecanismo que opera según parámetros, que están relativamente estandarizados y fijos; lo cual le imprime cierto carácter de estabilidad que permite su reproducción amplia y reiterada. La lógica que orienta el funcionamiento de este mecanismo es más o menos la siguiente: en primer lugar, surge un conjunto de expertos con las habilidades técnicas, los datos y la capacidad analítica suficientes para identificar una problemática y proponer acciones orientadas a resolverla; posteriormente, esas acciones se traducen al lenguaje de políticas, planes y programas concretos, que sirven de guía a las instituciones y a los individuos para definir el alcance y la dirección de sus conductas y actuaciones. En cierta medida, esta forma particular de comprender el comportamiento humano y social concibe la existencia de marcos y esquemas generales, que operan de acuerdo con leyes naturales y universales, que permanecen en el tiempo y en el espacio, y que sirven como punto de referencia para delinear el horizonte de las acciones e interacciones individuales. En ese contexto, y en tanto intérpretes autorizados de esos esquemas y de su arquitectura interna, los expertos se tornan la instancia más capacitada para predecir el

rumbo de los acontecimientos y determinar los fenómenos susceptibles de afectar la salud (Bibeau, 1997).

La confianza en este mecanismo puede apreciarse en la implementación constante de programas de educación en salud y en las políticas que fomentan estilos de vida saludables. Tradicionalmente, estos programas se enfocan en promover prácticas, parámetros de conducta y cánones de comportamiento puntuales, que han sido pensados como instrumentos efectivos para contrarrestar la influencia de variables previamente identificadas y aisladas, ya sea como agentes causales de la enfermedad o como factores de riesgo. Cumplida esta tarea inicial, las instituciones a cargo de gestionar la salud pública diseñan campañas masivas de instrucción y comunicación que difunden, a través de los servicios de atención, los medios masivos, las redes sociales y los bienes de consumo, los inconvenientes para la salud. Su principal intención con el despliegue de estas estrategias es conseguir que las poblaciones conozcan, adopten y reproduzcan las prácticas recomendadas y busquen con ello resultados e indicadores positivos que confirmen el horizonte de acción institucional y premien las buenas elecciones de los individuos (Neiger, Thackeray, Burton, Giraud-Carrier y Fagen, 2013; Nutbeam, 2000).

Una característica recurrente de estas estrategias de comunicación es que los mensajes se entienden en términos de paquetes de información consistentes, unificados e independientes, que parten de un emisor hacia un receptor y siguen una trayectoria lineal descendente. Se estima que una vez el mensaje esté disponible, el receptor extraerá su contenido, interpretará su sentido y responderá a él de acuerdo con un patrón de estímulo-respuesta, asumiendo de paso un rol pasivo que lo delega como simple destinatario de las acciones que han sido puestas en marcha. Tal como

apunta Deborah Lupton (1995): “las actividades de promoción de la salud posicionan a los miembros del público como ignorantes, apáticos y pasivos, que requieren la orientación de las agencias estatales para conducir sus vidas sabiamente” (p.124). Según esta manera de comprender los procesos de comunicación, los mensajes no constituyen módulos de información susceptibles de ser interpretados, reformulados e ignorados; por el contrario, se entienden más como estímulos certeros y bien dirigidos frente a los cuales el público responde uniformemente y en consecuencia.

Así operan, por ejemplo, las estrategias que promueven rutinas de alimentación que se valoran saludables. En las últimas décadas ha sido evidente la proliferación de campañas dirigidas a que la población, en general, reduzca el consumo de grasas, azúcar y sodio (WHO, 2017a); la aparición de lo que ya se denomina una “epidemia de obesidad” y su relación con enfermedades como la diabetes de tipo 2, algunas formas de cáncer y cardiopatías, ha generado una amplia movilización contra las dietas ricas en carbohidratos, el uso desmedido —o a veces prudente— de sal, los alimentos ultra procesados y todo aquello que se estime susceptible de contribuir al aumento del colesterol. (Ehrenreich, 2018, p. 109-129; Lieberman, 2013, p. 283-328). Su principal iniciativa ha sido el diseño de campañas que invitan a reducir —e incluso a eliminar— el consumo de alimentos potencialmente peligrosos, y el impulso de políticas públicas orientadas a que los individuos opten por las decisiones consideradas compatibles con el cuidado y la conservación de la salud.

En tal sentido, en los últimos años han proliferado las acciones que invitan a aumentar la actividad física; que llaman la atención sobre el consumo de bebidas azucaradas y comida rápida; que promueven la imposición de nuevas cargas tributarias

para los productos potencialmente peligrosos; y que presionan a los responsables de las políticas para que los alimentos y otras sustancias hagan explícito su contenido nutricional y sus componentes básicos, incluso si ello supone la inclusión de distintivos de alarma (OECD, 2017). El principio, tras estas iniciativas, es que, con la información suministrada y bajo la certeza que esta se sustenta en evidencia científica y ha sido correctamente revisada y avalada por organismos responsables, los individuos tomarán decisiones acertadas y coherentes con el cuidado óptimo de la salud. Ante un estímulo de tal contundencia parece que a los consumidores no les queda otra alternativa que elegir sabiamente, es decir, deberían *elegir salud*.

Sin embargo, no siempre lo hacen. En ocasiones, a veces de manera reiterada, los individuos toman decisiones en contra de la evidencia científica, y sus acciones parecen contradecir las leyes bajo las cuales opera el mecanismo de la promoción de la salud. En esos casos, la respuesta habitual que ofrece la salud pública es la falta de responsabilidad de las personas quienes, a pesar de las certezas ya establecidas, son representadas como seres incapaces de entender las consecuencias de su comportamiento indolente. Por supuesto, se pueden establecer vínculos fuertes entre el consumo excesivo de carbohidratos y la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes; desde una perspectiva biológica y clínica, parece claro que un mayor consumo de energía y una disminución en su gasto pueden provocar desórdenes metabólicos y desbalances asociados al mal funcionamiento de las células, a la inadecuada producción de hormonas y a la falla de órganos cuyo buen funcionamiento es necesario para que la vida sea posible (Lieberman, 2013). No obstante, cuando se analiza en un contexto social configurado por estructuras simbó-

licas diversas, el consumo de alimentos deja de ser el resultado de decisiones que toman los individuos a partir de información disponible, científicamente sustentada (Mol, 2008); pero tampoco puede comprenderse en términos de una simple respuesta a estímulos previamente generados.

Como han mostrado varios estudios, el análisis del consumo de alimentos requiere una perspectiva capaz de superar la visión lineal que asume la elección individual en términos de decisiones racionales orientadas a maximizar el beneficio individual, especialmente cuando este se asocia necesariamente con aquello que los expertos consideran conveniente y saludable. En el caso concreto del azúcar, las grasas y el sodio, por mencionar algunas sustancias particularmente problemáticas, las decisiones están asociadas con múltiples variables y contingencias que trascienden el ámbito nutricional y la asociación con factores de riesgo previamente aislados. Hay principios sociales, simbólicos y emocionales emergentes que no suelen ser tenidos en cuenta para diseñar las intervenciones que apuestan por la promoción de la salud; en ese sentido, resulta comprensible que sus modelos predictivos terminen ignorándolos y excluyéndolos.

Un estudio sobre el consumo de alimentos en algunas escuelas del noreste de Inglaterra, por ejemplo, mostró que los estudiantes preferían alimentos que los especialistas en salud consideraban nocivos, y que ni las campañas orientadas a la toma de decisiones saludables, ni el establecimiento de barreras de acceso habían contribuido significativamente a que esta tendencia se alterara. Según concluyeron los investigadores, la principal razón de tal desenlace era que la denominada “dieta saludable” terminaba excluyendo a los estudiantes, pues las marcas y empaques de los productos ultra procesados y las bebidas azucara-

das operaban, en ese contexto, como símbolos de prestigio y su consumo creaba espacios de socialización fundamentales para el bienestar de los adolescentes. (Stead, McDermott, MacKintosh y Adamson, 2011; Théodore *et al.*, 2011). En este caso, en particular, desconocer el sentido simbólico de los alimentos resultó perjudicial para los mensajes e intervenciones que reprodujeron la estrategia tradicional de la promoción de la salud, y puso en evidencia las fallas de un modelo basado en el principio lineal de estímulo y respuesta.

De esta manera, la posibilidad de diseñar y ejecutar intervenciones de salud pública, basadas únicamente en la reproducción de un mecanismo cuya arquitectura interna es lineal, predecible y centralizada resulta susceptible de cuestionamientos. La idea según la cual los comportamientos humanos pueden ser efectivamente encaminados a través de políticas, planes y programas, formulados por especialistas con la capacidad técnica y analítica suficiente requiere, al menos, una revisión que evalúe sus alcances y limitaciones. En primer lugar, son visibles las dificultades que enfrenta una comprensión de la promoción de la salud, construida sobre la difusión lineal y descendente de mensajes con el poder suficiente para cambiar las conductas de la población. Las prácticas humanas no son nunca un proceso que se pueda entender en términos de efectos asociados a causas singulares, sino que son el resultado de acuerdos sociales y contingencias delicadamente delineadas por factores biológicos, simbólicos y emocionales. Las realidades locales son siempre más complejas que una encrucijada, donde los individuos optan por la senda de la salud o de la enfermedad; en lo que al campo de la promoción de la salud se refiere, sus decisiones no siempre están sujetas al conocimiento suficiente de los denominados factores de riesgo.

En segundo lugar, no es posible someter la explicación de los comportamientos humanos al rigor de teorías y leyes regulares que aspiran predecir la trayectoria de los acontecimientos. Las interacciones sociales son fenómenos con grados variables de incertidumbre, caracterizados por someterse a procesos relacionales y contingencias que pueden ser inesperadas y azarosas; por tanto, resulta prácticamente imposible vaticinar cuál puede ser el rumbo preciso que determina el funcionamiento de estos fenómenos y establecer con certeza el resultado de las acciones, que buscan encauzarlos. En realidad, esta condición es una característica propia de los sistemas vivos y de la forma en que estos interactúan con su medio; en tal sentido, enunciar leyes o explicaciones mecánicas y deterministas que predigan sus múltiples trayectorias, homológicamente a cómo en su momento quiso hacerlo la física clásica o la estadística, no parece un propósito factible por ahora (Hacking, 2006).

Finalmente, sugerir que es posible establecer un control central efectivo con la capacidad técnica y analítica suficiente para identificar, diseñar e implementar las acciones necesarias que promuevan y conserven la salud, es una idea que requiere un análisis profundo y crítico. En lo que al campo de interés se refiere, es conveniente imaginar modelos donde las decisiones no dependan, únicamente, de un núcleo centralizado con la posibilidad de gestionar el conjunto de acciones e intervenciones requeridas. Más bien, habría que pensar en mecanismos cuyo funcionamiento responda a relaciones de codependencia entre los agentes involucrados, dentro de los cuales operen dinámicas de cooperación, diálogo y construcción colectiva de sentido. No hay que pasar por alto que las estrategias de promoción de la salud suelen reproducir un esquema de comunicación constituido a

partir de la relación sujeto-objeto, donde el primero es necesariamente activo y productor de mensajes, mientras que el segundo es pasivo y receptor de instrucciones y recomendaciones. Este esquema refuerza la idea de la necesidad de un control centralizado, en tanto asigna a las instituciones el papel de sujeto y a las poblaciones, el de objeto. Como vimos, entender la relación entre estos agentes en dichos términos dificulta la comprensión de realidades socioculturales mucho más complejas y, en esa medida, limita la efectividad de las intervenciones orientadas a promover la salud colectiva.

Queda claro que la arquitectura tradicional de lo que aquí se ha preferido denominar como el mecanismo de la salud pública, requiere revisión. En tanto principios explicativos, la linealidad, la centralidad y la predictibilidad presentan una serie de dificultades que motivan discusiones e investigaciones novedosas, orientadas a ampliar la comprensión de los fenómenos relacionados con el comportamiento humano. Sin embargo, nos son estas las únicas dimensiones del mecanismo sobre las cuales pueden plantearse cuestionamientos coherentes; como se verá a continuación, también resulta conveniente revisar el modo en que la salud pública concibe la identidad de sus agentes, y a partir de la cual diseña sus intervenciones más destacadas.

5.4 El problema de las identidades estables

El mecanismo que soporta las acciones e intervenciones de la salud pública no puede ser discutido, únicamente, desde un análisis de las normas y la estructura que configuran su arquitectura interior. La manera en que este mecanismo asume las identidades

de los agentes que interactúan bajo su influencia y las consecuencias que ello tiene en la comprensión de los fenómenos que le interesan, también constituyen lecturas que para efectos de esta propuesta, vale la pena discutir. En principio, el argumento que aquí se sostiene es el siguiente: tradicionalmente, la salud pública define los agentes sobre los que actúa a partir de la asignación de identidades singulares y relativamente estables, que no necesariamente coinciden con el carácter múltiple y dinámico que le imprimen las complejas realidades sociales. La tesis principal tras este argumento es que las identidades de estos agentes se definen con base en las asociaciones que ellos establecen, y no desde núcleos internos y particulares que paulatinamente liberan su esencia distintiva. Lo que aquí se defiende es la necesidad de comprender a los agentes que actúan dentro de la salud pública en términos de *composiciones*, que se estructuran a través de las prácticas, y cuya naturaleza dinámica se funda en vínculos con direcciones, intensidades y longitudes diversas.

Es conveniente empezar esta discusión señalando que varias aproximaciones de la teoría social contemporánea han insistido en la necesidad de revisar la concepción singular, unificada, estable y coherente de la identidad. Según sus planteamientos, las lecturas más convencionales insisten en considerar la identidad una propiedad fija y esencial que define la naturaleza de los elementos que componen el mundo; por esa vía señalan la comprensión de la realidad que defienden esas visiones y reconoce una distinción clara entre objetos y sujetos con características relativamente estables, las cuales se asumen como una condición oculta que, paulatinamente, es revelada (Hall, 2010; Wade, 2002). En contraposición a esta visión singular de la identidad, varios autores han propuesto un enfoque conceptual centrado en

el reconocimiento de las prácticas y en su capacidad de configurar relaciones constituyentes de identidad (Latour, 2008; Law y Hassard, 1999; Mol, 2002; Sayes, 2014). En términos muy generales, lo que estas posturas defienden es que las propiedades características de los agentes, que interactúan en la realidad, no son previas a la experiencia; por el contrario, se configuran en virtud de esta. Como señala Mol, a propósito de este planteamiento, “las identidades de las personas no preceden sus actuaciones, sino que se constituyen en y a través de estas” (Mol, 2002, p. 37). De este modo, nociones asumidas como la distinción radical entre sujeto y objeto resultan fuertemente cuestionadas, pues la agencia deja de ser exclusiva de los seres humanos para convertirse en una condición que definen las interacciones y las prácticas. Reconocida desde las ciencias sociales como *Actor-Network Theory* (ANT), esta perspectiva rompe con numerosas certezas establecidas por la comprensión moderna del mundo y abre un interesante horizonte de posibilidades que ha servido para analizar problemas situados en campos disciplinares diversos.

Uno de esos campos es, justamente, la medicina y las ciencias de la salud. En los últimos años, varios estudios han recurrido a la ANT para proponer análisis, que incorporan los conceptos de multiplicidad e interacción en la comprensión de realidades propias del ámbito clínico, y generan interesantes aproximaciones que cuestionan el carácter fijo y estable de los elementos que lo componen. Estos estudios han mostrado, por ejemplo, que la enfermedad no es una condición singular definida por su historia natural y sus signos, sino que depende del modo como se hace visible a través de prácticas diversas donde intervienen agentes de múltiples naturalezas, humanas y no humanas. En el mismo sentido, estos estudios han destacado el papel activo que tiene

la tecnología en este proceso, subrayando su lugar central como actores productores de identidades que se manifiestan gracias a las interacciones (Cresswell, Worth y Sheikh, 2010; Hurtado-de-Mendoza, Cabling y Sheppard, 2015; Martínez Medina, 2016; Mol, 2002). Sin embargo, a pesar de los interesantes análisis que surgen de aproximaciones como estas, son escasos los estudios que desde esta perspectiva revisan problemáticas propias del campo de la salud pública. En ese sentido, resulta conveniente explorar las posibilidades que esta perspectiva ofrece, en particular para analizar lo que aquí se ha denominado el mecanismo de la salud pública.

Cuestionar la singularidad y estabilidad de los agentes, que interactúan a propósito de las intervenciones y acciones que diseña la salud pública, plantea un sugerente horizonte analítico al que se quiere aproximar por dos vías. La primera tiene que ver con la manera en que las políticas, planes y programas de promoción de la salud imaginan los agentes a partir de los cuales edifican sus acciones más notables. La segunda, se relaciona con las implicaciones que tiene cuestionar la singularidad de esos agentes para pensar la relación entre comportamientos individuales y colectivos.

5.5 Identidades en salud: ¿singulares o múltiples?

Como se mencionó anteriormente, uno de los rasgos característicos de las acciones en salud pública es la selección de condiciones o enfermedades particulares, a partir de las cuales se aíslan factores de riesgo que sirven de referencia para diseñar rutinas

alimentarias, proponer estilos de vida o proscribir comportamientos que se estiman perjudiciales para la salud. Por lo general, uno de los requisitos necesarios para diseñar e implementar estas acciones es la caracterización de un sujeto cuyos contornos e identidad se determinan por su posición en el catálogo de patologías descritas por el saber médico. Así, desde el análisis de los signos clínicos o de la situación de riesgo y vulnerabilidad, la salud pública establece la condición que distingue a cada individuo y traza una ruta de intervención con la cual espera mantenerlo alejado del terreno de la enfermedad.

Lo llamativo de esta perspectiva es que la condición que determinan la clínica o la epidemiología se convierte en una propiedad interna, que parece seguir al sujeto a todas partes. Imaginemos un paciente a quien su médico diagnostica con obesidad; de acuerdo con esta lectura de la identidad, este sujeto abandonará la consulta con una característica que no tenía previamente, lo que equivale a pensar que su singularidad ha sido levemente modificada en virtud de un elemento adicional que la nutre. En consecuencia, a partir del momento en que el médico emite el diagnóstico, esta perspectiva entiende que el paciente incorpora la condición de obeso a su manera particular de construir su experiencia y, por tanto, que sus acciones posteriores resultarán coherentes con las recomendaciones impartidas en el consultorio. Según este razonamiento, la salud pública asume que, necesariamente, los sujetos diagnosticados integrarán su condición al repertorio de normas y estructuras simbólicas que orientan su comportamiento, lo que en el caso particular de la obesidad significa adoptar una dieta regulada y balanceada, practicar actividad física constante y evitar conductas riesgosas o perjudiciales (NICE, 2006; OECD, 2017). Así mismo, en ese contexto, no comportarse

según los lineamientos establecidos por el rigor médico es interpretado como ausencia de conocimiento suficiente o exceso de indolencia, lo que supone el despliegue de las tradicionales estrategias de educación mencionadas previamente.

En síntesis, visto desde esta perspectiva, los agentes sobre quienes recaen las acciones e intervenciones de la salud pública aparecen bajo su óptica como sujetos relativamente unificados; en ese sentido, sus conductas y comportamientos deberían ser coherentes con su identidad singular, que continúa estable, independientemente de los escenarios y las prácticas donde se despliegue. Visto así, el paciente obeso es obeso en el consultorio junto al médico que lo diagnostica, en su hogar rodeado de su familia a la hora de la cena y en el lugar donde trabaja, pues su identidad precede sus actuaciones y no se pone en juego en el mundo práctico.

No se comprende igual al paciente que sirve como ejemplo si se analiza desde una perspectiva múltiple y relacional, como la que propone la ANT. En sus términos, la obesidad es una condición que se constituye a través de prácticas específicas, y no una característica que se adiciona a la naturaleza del sujeto para que lo acompañe a donde quiera que él se dirija. En consecuencia, si la salud pública reconoce que los agentes, blanco de su intervención, son composiciones que se estructuran en virtud de interacciones sociales con direcciones, intensidades y longitudes diversas, la conceptualización que haga de estos deberá considerar la multiplicidad de identidades, incluso si estas resultan contradictorias. Bajo esta perspectiva, uno sería el paciente circunscrito a la rigidez del consultorio, quien acompañado por el médico escucha pasivamente su diagnóstico; y otro, el miembro activo de una familia numerosa que entusiasmado disfruta un banquete.

te rebosante de grasas y azúcares suculentas. Esa diversidad de identidades, definidas en y a través de las prácticas, mostraría la naturaleza contingente de los agentes que interactúan bajo la influencia de la salud pública, y resaltaría las dificultades derivadas de diseñar acciones que parten de visualizar un individuo singular y unificado.

Un estudio enfocado en el cuidado, por ejemplo, mostraba cómo un paciente diagnosticado con diabetes del tipo 2 no siempre atendía el repertorio de dietas e indicaciones establecidas por su médico. Aunque era evidente que entendía los riesgos de una alimentación basada en azúcares y grasas abundantes, las tradiciones y rutinas familiares hacían prácticamente imposible que pudiera seguir con rigor las recomendaciones. “Podría comer menos, pero no puedo”, señalaba el paciente resignado, “en mi familia somos amantes de la comida. Yo lo soy, lo he sido desde siempre, desde que era un niño. Simplemente, sigo comiendo” (Mol, 2008, p. 60). Lo que este análisis sugiere, es que las prácticas de alimentación de este personaje —aunque no solo las de este en particular— no son posteriores a su condición de diabético; por el contrario, lo constituyen y definen una faceta de su identidad que resulta fundamental para el desarrollo de su existencia. Al igual que lo indicaban los estudios sobre comida procesada en entornos escolares, que se mencionaron previamente, la alimentación puede comprenderse en este caso como una práctica contingente que convoca y configura subjetividades; es decir, que *compone* actores. Esto no significa, desde luego, que las recomendaciones rigurosas y las dietas no son capaces de articular procesos análogos; sin embargo, es posible que lo hagan en tanto prácticas que involucran el saber médico, las inquietudes del paciente y los instrumentos especializados que permiten emitir el diagnóstico.

Son, por consiguiente, prácticas que se circunscriben al contexto particular del consultorio, pero que corren el riesgo de diluirse más allá de sus límites reconocidos.

De esta manera, la discusión que aquí se propone, expresa la dificultad que enfrenta la salud pública al diseñar e implementar acciones cuyo blanco lo constituyen actores con identidades singulares. Asumir que las personas sobre quienes recaen las intervenciones no son contradictorias y múltiples, e imaginar que sus comportamientos pueden concebirse de manera aislada, independientemente de las prácticas que los constituyen, genera comprensiones que contradicen las evidencias que la realidad refleja. Desde luego, esta señal no debe interpretarse como una invitación a desmontar el conjunto de acciones e instituciones que operan conjuntamente con el objetivo de mejorar la salud de los colectivos; simplemente, debe tomarse como una invitación a cuestionar elementos puntuales de su funcionamiento y su lectura particular de la realidad.

Ahora bien, revisar la naturaleza singular de las identidades además de reflexionar alrededor de los sujetos sobre quienes recaen las acciones en salud pública, también genera una serie de interrogantes a propósito de la relación entre el individuo y el colectivo. Por ello, en las páginas que siguen, elaboro algunos argumentos enfocados particularmente en este asunto.

5.6 Individuos y colectivos: más allá de la fórmula aritmética

A lo largo de este texto se ha insistido en la necesidad de revisar algunos elementos que componen el mecanismo tras la salud

pública; uno de esos elementos es, justamente, la perspectiva singular a partir de la cual se concibe la identidad del individuo y las dificultades que esto supone. Ahora bien, si se analizan con cuidado esas dificultades, emerge un elemento adicional que hasta el momento no ha sido discutido suficientemente; a saber, la relación entre individuo y colectivo, y la manera como la salud pública tiende a interpretarla.

Cuando se revisan los discursos y las acciones de la salud pública, la figura del individuo aparece asociada a unas características relativamente estables. Se trata, en términos generales, de una figura dotada de racionalidad y autonomía; cualidades que le permiten tomar decisiones, según sea el caso, y favorecen o perjudican su estado particular de salud. Como se ha señalado reiteradamente en este documento, una de las funciones centrales que, tradicionalmente, ha asumido la salud pública, es la implementación de planes, programas y políticas de promoción de la salud; su principal objetivo es motivar a los individuos para que elijan opciones convenientes, es decir, para que adopten comportamientos que se estiman compatibles con la adecuada conservación de la salud.

Esta conceptualización del individuo está estrechamente vinculada con la noción moderna de ciudadano. Como han mostrado varios autores, tras las iniciativas que buscan promover comportamientos responsables y estilos de vida saludables, reposa una comprensión particular del individuo, expresada en los términos propuestos por la democracia contemporánea y el Estado liberal. Se trata, puntualmente, de un sujeto independiente, autorregulado y consciente de las convenciones sociales, propiedades que lo habilitan para ejercer su ciudadanía dentro de un contexto normativo regido por derechos y deberes (Castel, 2004; Petersen

y Lupton, 2000). De esta manera, el individuo que proyecta la salud pública es aquel con el potencial de tomar decisiones que resultan coherentes con su cuidado y, por tanto, con la capacidad de articularse a una estructura de derechos y deberes que beneficia la salud de los colectivos. Lo denomino potencial porque ese individuo siempre requerirá una adecuada instrucción que le indique el camino más conveniente y, dentro de esta lógica, no parece otro distinto que los comportamientos y estilos de vida promovidos por las instituciones de salud.

Esta conceptualización del ciudadano libre y autorregulado ha sido central en muchas de las aproximaciones que buscan explicar sus comportamientos. Actualmente, la autonomía se considera un principio esencial de los mecanismos que permiten a los ciudadanos elegir sus gobernantes o manifestar preferencias en el consumo de bienes y servicios; en la mayoría de sociedades contemporáneas, el libre albedrío y la valoración subjetiva representan pilares constitutivos de las mismas, y se consideran variables necesarias para explicar las dinámicas políticas y económicas. Ahora bien, una particularidad distintiva de estas aproximaciones, es que la decisión individual parece preceder cualquier efecto colectivo; en ese sentido, es el agregado de elecciones singulares lo que finalmente define los rasgos de los procesos y fenómenos sociales. Básicamente, lo que esta lectura de la realidad propone es que la sociedad es suma de individuos, donde los segundos preceden a la primera; y que comportamientos replicados individualmente tendrán efectos equivalentes a nivel colectivo.

Justamente, esta última idea la que retoma la salud pública para definir el tenor de sus intervenciones, particularmente aquellas orientadas a la promoción de la salud. Su comprensión del individuo incorpora la conceptualización moderna de ciudadanía

y asume que las decisiones y los comportamientos relativos a la conservación de la salud, responden necesariamente a los principios de la autorregulación y el libre albedrío. A propósito de este fenómeno, Mol ha sugerido que la lógica de la elección (*logic of choice*) asume la existencia previa de individuos independientes quienes, en la medida que son puestos juntos, forman colectivos. Esta lógica, propone Mol, ha sido empleada para explicar el comportamiento de los sujetos en tanto consumidores y clientes; es decir, como principio esencial de teorías económicas. Sin embargo, cuando entendemos que la conservación de la salud opera más bien bajo la lógica del cuidado (*logic of care*) resulta evidente que la incorporación instantánea que intenta hacer la salud pública del concepto de ciudadano no resulta del todo conveniente (Mol, 2008).

La idea de la lógica del cuidado incorpora varios de los argumentos que se discutieron previamente. Muestra, por un lado, que muchas de las decisiones relacionadas con los regímenes de alimentación, con los gustos y con aquello que la salud pública ha insistido en denominar estilos de vida, son más colectivas que individuales; es decir, no dependen necesariamente de la voluntad o autorregulación de actores singulares, sino de acuerdos y prácticas consuetudinarias que le brindan sentido. Por otro lado, la idea de la lógica del cuidado resalta el sentido social y colectivo de las prácticas que involucran a los seres humanos y dejan ver que sus acciones constituyen sus identidades. Por tanto, debe comprenderse que los sujetos no operan como piezas autónomas de un engranaje que se va estructurando en la medida que se añaden componentes, sino que devienen componentes o elementos constitutivos en tanto se enlazan con articulaciones dinámicas, sostenidas gracias a relaciones contingentes conformadas por vínculos

con direcciones, intensidades y longitudes diversas. Es, quizás, por esta razón que muchas de las intervenciones que diseña la salud pública, orientadas a transformar los comportamientos individuales, no resultan del todo efectivas. Al parecer ignoran los elementos propios de la vida y de la existencia de los seres humanos que se resuelven primero, colectivamente, y no por decisión autónoma y libre de sujetos singulares.

5.7 Consideraciones finales

La discusión que aquí se propuso ha tenido como objetivo central cuestionar algunas de las certezas establecidas por la salud pública. Particularmente, se señaló las dificultades que implica pensar sus acciones e intervenciones desde modelos estrictamente regulares, diseñados para explicar los movimientos y relaciones de agentes que se consideran estables y singulares. Los argumentos planteados permiten identificar, al menos, tres conclusiones principales.

La primera, es que la salud pública, entendida como ese amplio campo de convergencia que articula disciplinas, prácticas y saberes, se acostumbró a actuar siguiendo un mismo mecanismo centralizado, lineal y predictivo; sin embargo, una de las ideas sobre las cuales se hizo énfasis, es que dicho mecanismo resulta insuficiente para comprender fenómenos dinámicos relacionados con la vida, la salud y la sociedad. Ante esto, es necesario que la salud pública acuñe nuevos modelos explicativos, capaces de interpretar procesos inciertos que rara vez se comportan siguiendo patrones regulares.

La segunda es que los agentes que operan bajo la influencia de la salud pública no son singulares y fijos; por el contrario son,

más bien, múltiples. Esa multiplicidad provoca inconsistencias en sus identidades y, al hacerlo, desafía los mecanismos tradicionales con los que cuenta la salud pública, especialmente los que se inscriben en estrategias de promoción y prevención. Muchas de sus acciones pretenden modificar los comportamientos de individuos; sin embargo, pasan por alto que estos pueden actuar contradictoriamente, porque su identidad se constituye en y a través de sus prácticas.

Finalmente, la tercera conclusión destaca que, ante individuos múltiples, es necesario reformular la relación habitual entre individuo y colectivo. La salud pública no puede seguir entendiendo lo colectivo como suma de individuos, ni tampoco asumir que las acciones que se dirigen a individuos singulares pueden replicarse mecánicamente hasta alcanzar una dimensión colectiva. La salud y la sociedad son más complicadas que eso. Formular mejores explicaciones requiere aproximaciones conceptuales novedosas, en esa tarea las ciencias sociales pueden hacer un interesante aporte.

5.8 Bibliografía

- Bibeau, G. (1997). At work in the fields of public health: the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), 246–251. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9186963>
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social*. Buenos Aires: Manantial.
- Chimhowu, A. O., Hulme, D. y Munro, L. T. (2019). The ‘New’ national development planning and global development goals: Processes and partnerships. *World Development*, 120, 76–89. <https://doi.org/10.1016/J.WORLD-DEV.2019.03.013>
- Cresswell, K. M., Worth, A. y Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-10-67>
- Ehrenreich, B. (2018). *Causas naturales: Cómo nos matamos para vivir más*. Madrid: Turner Noema.
- Escobar, A. (1996). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Norma.
- Galvis, S. (2019). Desplazando al sujeto de la salud pública. In C. Maldonado (Ed.). *Complejidad y salud*. (En prensa). Bogotá, D.C.: Universidad El Bosque.
- Gómez, L. A. (2019). ¿Por qué es imposible la política pública en salud como la conocemos? In C. Maldonado (Ed.), *Salud pública y complejidad. Historia, conceptos, ejes*. Bogotá: Universidad El Bosque, 71–90.
- Hacking, I. (2006). *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos* (3a ed.). Barcelona: Gedisa.

- Hall, S. (2010). La cuestión de la identidad cultural. In Sin garantías: trayectorias y problemáticas en estudios culturales. Buenos Aires: Enviñ editores, 363–401.
- Hurtado de Mendoza, A., Cabling, M. L. y Sheppard, V. B. (2015). Rethinking agency and medical adherence technology: applying Actor Network Theory to the case study of Digital Pills. *Nursing Inquiry*, 22(4), 326–335. <https://doi.org/10.1111/nin.12101>
- Latour, B. (2008). Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Law, J. y Hassard, J. (1999). Actor Network Theory and After. (J. Law y J. Hassard, Eds.). Oxford: Blackwell Publishers.
- Lieberman, D. (2013). La historia del cuerpo humano. Evolución, salud y enfermedad. Barcelona: Pasado y presente.
- Lupton, D. (1995). The imperative of health: public health and the regulated body. Sage Publications.
- Martínez Medina, S. (2016). Hacer arterias carótidas en el Laboratorio de Anatomía. Práctica y materialidad en una asignatura de Medicina. *Revista Colombiana de Sociología*, 39(2), 31–47. <https://doi.org/10.15446/rcs.v39n2.58964>
- Mol, A. (2002). The body multiple: ontology in medical practice. Duke University Press.
- Mol, A. (2008). The logic of care: health and the problem of patient choice. Routledge.
- Neiger, B. L., Thackeray, R., Burton, S. H., Giraud-Carrier, C. G. y Fagen, M. C. (2013). Evaluating Social Media's Capacity to Develop Engaged Audiences in Health Promotion Settings. *Health Promotion Practice*, 14(2), 157–162. <https://doi.org/10.1177/1524839912469378>

- NICE. (2006). Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence/full-guideline-section-1-introduction-methods-and-recommendations-pdf-195027229>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OECD. (2017). Obesity Update 2017. Retrieved from www.oecd.org/health/obesity-update.htm
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Petersen, A. y Lupton, D. (2000). The ‘Healthy’ Citizen. In *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk* (pp. 61–88). London: SAGE Publications.
- Porter, D. (1999). *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Routledge.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo Veintiuno Editores.
- Sayes, E. (2014). Actor–Network Theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? *Social Studies of Science*, 44(1), 134–149. <https://doi.org/10.1177/0306312713511867>
- Selin, H. (2015). The risk of UN’s Sustainable Development Goals: too many goals, too little focus. [Consultado 24 of

abril de 2019]. <https://theconversation.com/the-risk-of-unsustainable-development-goals-too-many-goals-too-little-focus-48083>

Stead, M., McDermott, L., MacKintosh, A. M. y Adamson, A. (2011). Why healthy eating is bad for young people's health: Identity, belonging and food. *Social Science & Medicine*, 72(7), 1131–1139. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.12.029>

Théodore, F., Bonvecchio, A., Blanco, I., Irizarry, L., Nava, A. y Carriedo, A. (2011). Significados culturalmente construidos para el consumo de bebidas azucaradas entre escolares de la Ciudad de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30, 327–334. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011001000006>

Vigarello, G. (1997). *Lo limpio y lo sucio: la higiene del cuerpo desde la edad media*. Barcelona: Altaya.

Wade, P. (2002). Identidad. In M. Serje (Ed.). *Palabras para desarmar: Una mirada crítica al vocabulario del reconocimiento cultural*. Bogotá: Ministerio de Cultura, 255–265.

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Ginebra: WHO.

- - - (2017a).. OMS | Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Consultado el 6 de mayo de 2019]. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>

- - - (2017b). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Ginebra. <http://apps.who.int/bookorders>.

- - - (2017c). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Ginebra.

- - - (2017d).WHO | 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016. [Consultado el 15 de abril de 2019]. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>
- (2017e).Promoting Health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. Ginebra: World Health Organization. <http://apps.who.int/bookorders>.

6

Anny Bonilla Dueñas
Álvaro Amaya Navas

**Los modelos
gerenciales, el
portafolio de
servicios y la teoría
de redes: una
nueva mirada de la
gestión de calidad
en las ciencias
contemporáneas**

6.1 Introducción

Este capítulo es una nueva puesta en escena para el abordaje de las herramientas de gestión de calidad y las ciencias contemporáneas. El objetivo de este capítulo es proponer un marco de referencia de los Modelos Gerenciales, el Portafolio de Servicios como herramienta para la toma de decisiones gerenciales, la Gerencia del Servicio y la Teoría de Redes, como herramientas teóricas y operativas que permiten la toma de decisiones para la formulación de direccionamientos estratégicos de las instituciones. Este texto nace de la premisa que los sistemas de gestión de calidad son planos, estáticos, predictivos. Por otra parte, la teoría de redes en el marco de las ciencias contemporáneas propone que todo son flujos de información, dinámicos, cambiantes, impredecibles, que se auto-organiza produciendo fenómenos emergentes que, sin embargo, y a partir de estas diferencias, hay similitudes apostándole a una nueva mirada de la gestión de la calidad en el marco de las ciencias contemporáneas.

Es así como se inicia realizando un marco de referencia conceptual de los Modelos Gerenciales, la Gerencia del Servicio, el Portafolio de Servicios y la Teoría de Redes.

6.2 Modelos gerenciales

Más allá del Modelo Gerencial que los tomadores de decisiones elijan para el diseño e implementación del direccionamiento estratégico de la institución, se debe tener en cuenta que no existe un único modelo que garantice el éxito de la institución; esto obedece a que los procesos son dinámicos y cambiantes y que

cada modelo gerencial aporta factores de éxito a la institución que contribuyen al cumplimiento de los objetivos de la empresa.

A continuación, se hace un recorrido por los diferentes Modelos Gerenciales que se encuentran al alcance de los tomadores de decisiones y que son fundamentales en todas las etapas que propone los cinco pilares de la administración (organización, planeación, manejo de talento humano, ejecución y control). Los Modelos se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

Modelos Gerenciales para la formulación de direccionamientos estratégicos

| Modelo Gerencial | Descripción |
|--------------------------------|--|
| Kaizen o Mejoramiento continuo | Involucra a todos los actores del proceso, tiene un estándar y como objetivo su mejoramiento continuo. |
| Benchmarking | Este modelo gerencial realiza análisis del contexto de empresas con el mismo objetivo misional en cuanto al mercado, y le permite a la empresa planificar estratégicamente sus procesos y sus acciones, realizar comparaciones y predicciones y adelantarse a la competencia. |
| Reingeniería de procesos | Logra tener una visión integral de la institución y pone su atención en la eficiencia y la eficacia; lo que, en la medida de realizar un diagnóstico situacional, permite analizar cambios que contribuyan a las mejoras de los procesos impactando el curso del mismo desde el inicio hasta el final. |

Prospectiva

Invita a los tomadores de decisiones a realizar una mirada de la institución desde diferentes aristas, como lo son la economía, la sociedad, la ciencia y la tecnología; y, de esta forma, contribuir a proyecciones para la institución que permitan la toma de decisiones con el objetivo de anticiparse a los acontecimientos y tomar decisiones para la planeación estratégica de la institución.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

6.3 Gerencia del servicio

Los Modelos Gerenciales representan para las Instituciones de Salud un Modelo Gerencial orientado a centrar la atención en el usuario, desde el primer contacto en la institución hasta el momento del egreso, logrando la satisfacción de usuario. Este apartado busca integrar las líneas temáticas inherentes a la prestación del servicio a través del uso de herramientas gerenciales que permitan aplicar un modelo de la gestión de los servicios, que lleve al fortalecimiento de la calidad en la atención.

Por otra parte, los Modelos Gerenciales buscan dar a los referentes de calidad una mirada más amplia acerca de los elementos constitutivos, que han adoptado las instituciones, para diseñar sus direccionamientos estratégicos, a través de los Modelos Gerenciales *Bench Marking*, Reingeniería de Procesos, Mejora Continuo, *Just in Time*, Gerencia del Servicio, Gestión de Conocimiento. Pero no existe un modelo único para dirigir las instituciones y estos procesos de construcción toman elementos

de diferentes modelos que permiten a las mismas instituciones tener plataformas estratégicas y procesos cada vez más robustos en pro de la calidad en la atención. Sin embargo, el punto de articulación es la herramienta gestión de mejoramiento continuo denominada Ciclo PHVA o Ciclo de Deaming, correspondiente al Planear, Hacer, Verificar, Actuar (Yanez, 2012), que se muestra en la Figura 3.

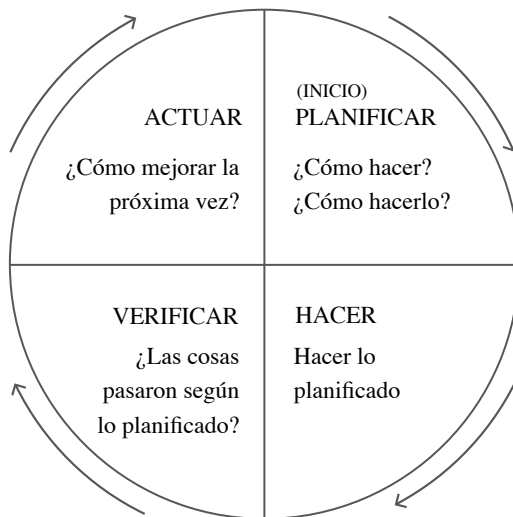


Figura 1. Ciclo PHVA

Fuente: Wikilibros, 2017.

En el eje central de trabajo, la revisión de la literatura acerca del modelo gerencial Gerencia del Servicio, definido por Karl Albrecht como los recursos de los cuales dispone la institución en la búsqueda de brindar una atención centrada en el cliente, refiriéndose en salud al Usuario e integrando a la atención a su familia. (Albrecht. 2007). Esta disposición de recursos, que plantea el autor, se traduce en el triángulo del servicio, hace referencia a los sistemas, personal, o talento humano, y la estrategia de servicio que haya definido la institución para centrar su direccionamiento estratégico en el usuario/cliente y su familia. (Albrecht, 2007). La Figura 4 que representa este triángulo de servicio, se encuentra a continuación.

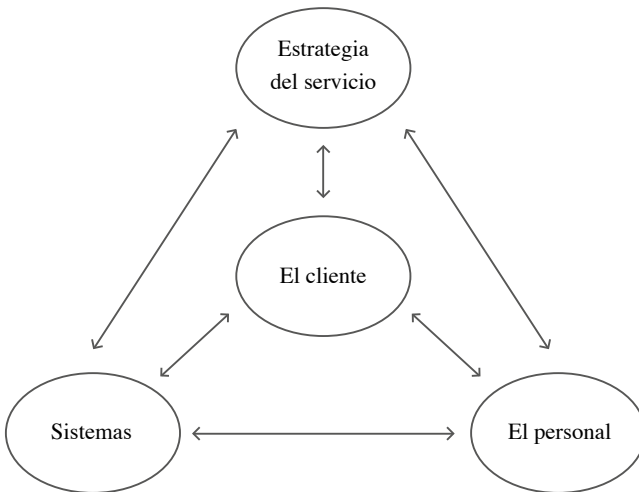


Figura 4. Triángulo del servicio.

Fuente: Todo Marketing, 2013.

6.4 Teoría de redes

La Teoría de Redes invita a reflexionar, en el marco de un nuevo paradigma, la importancia de identificar a los nodos dentro de los procesos (actores), mediante la semejanza de las relaciones y vínculos que se dan en los procesos, para comprender que estas redes son procesos dinámicos y cambiantes conformados por flujos de información (Solé, 2012).

Los Modelos Gerenciales por sí solos actúan para resolver sus necesidades individuales al interior de la institución, pero, es importante que el referente de calidad esté en la capacidad de identificar, analizar y comprender cuáles son los actores que están inmersos en la prestación del servicio y establecer las relaciones y vínculos que se dan entre ellos. Es así como a través de la Teoría de Redes Complejas (Ricard Solé, 2012) se podrá crear un Modelo de Humanización y Gerencia del Servicio realmente articulado, que propenda por resolver las necesidades reales de la institución, del usuario y su familia.

Otro concepto de la Teoría de Redes es definido por Duncan Watts como una estructura sistémica y dinámica que involucra a un conjunto de personas u objetos, organizados para un determinado objetivo, que se enlazan mediante una serie de reglas y procedimientos. Permiten el intercambio de información a través de diversos canales y su representación gráfica proporciona una visualización de cómo se articulan o relacionan, mediante aristas o arcos, sus elementos denominados vértices, nodos o actores sociales. (Watts, 2006)

De acuerdo con el postulado de Ricard Solé (2009), quien sustenta que una red “es una representación abstracta de un sistema cualquiera, en el que los elementos del sistema o nodos se re-

lacionan entre sí mediante conexiones que indican la presencia de una interacción”. (Solé, 2009). En estos elementos constitutivos de la red, se encuentran los Nodos o entidades sociales, sujetos de los vínculos de las redes sociales. También son denominados actores o agentes (Lozares, 1996; Holland, 2004). A su vez, estos vínculos son los lazos relacionales entre pares de actores, unidad de análisis en las redes sociales (conectores, arcos).

Al respecto, Duncan Watts ha definido como características de la red compleja lo siguiente:

Redes de Mundo Pequeño: en 1998, Duncan J. Watts y Steven Strogatz publicaron el primer modelo de red de mundo pequeño. Su modelo demostró que todo nodo está fuertemente conectado con muchos de sus vecinos, pero débilmente con algunos pocos elementos alejados (fenómeno conocido como apiñamiento, agrupamiento o “clustering”) y todo nodo puede conectar a cualquier otro con solo unos cuantos saltos (en otras palabras, existe una pequeña “distancia” entre ellos). Esto implica dos cosas: que la información se transfiere rápidamente entre dos elementos cualquiera, y que existe un pequeño número de nodos claves por donde circula un gran porcentaje del tráfico total (Watts, 2006).

De acuerdo con este modelo, a su vez, estas se dividen en dos:

Las primeras llamadas *Redes de mundo pequeño redundante*, donde un individuo solo conoce a un pequeño grupo muy unido de personas y prácticamente a nadie más; la vida se desarrolla en la seguridad de vínculos entrelazados y mutuamente reafirmantes, los extraños no se hablan entre sí. Esto hace muy difícil relacionarse con el resto del mundo y dan tan solo unos pocos pasos; esta redundancia local puede ser buena para la cohesión, pero no para fomentar la conectividad global.

Las segundas denominadas *Redes de mundo pequeño no redundante*, se sitúan en el otro espectro de la interacción social. Todas las interacciones son igualmente accesibles, las relaciones anteriores parecen no tener relativamente importancia a la hora de establecer otras nuevas interacciones. Este tipo de red tiene muchas más posibilidades de presentar longitudes cortas en los caminos de la red, pero su coeficiente de agrupamiento es pequeño.

Adicionalmente, en este tipo de red se pueden dar dos interacciones. La primera para las redes de mundo pequeño redundante, la ausencia de conocidos comunes sugiere que la población vive en mundos diferentes, de modo que probablemente nunca se lleguen a conocer; pero si se da el caso de que dos individuos tengan un solo amigo en común, como consecuencia tendrán una alta probabilidad de llegar a conocerse. La segunda, en el caso de las redes de mundo pequeño no redundantes, aunque dos personas puedan tener muchos amigos en común y las interacciones sean igualmente accesibles, eso tiene un escaso efecto en la tendencia que tienen estos individuos a interactuar. Estas serían relaciones más de tipo aleatorio e independiente; es decir que los amigos en común no les hace tener ni más posibilidades de conocerse, ni tampoco menos, que si no tuvieran ningún amigo en común.

Como siguiente característica de las redes complejas se encuentran las redes libres de escala (Scale Free). Esta hacen referencia a la distribución dispareja en el número de conexiones y se asocian con la conexión con el más conectado.

Por último, las redes dinámicas tienen como característica principal que los nodos y los vínculos son cambiantes.

6.5 Portafolio de servicios

El Portafolio de Servicios es un elemento de Gestión e Información que debe ser entendido como el Sistema de Servicios disponibles y organizados por la empresa de una manera simple y práctica, para su óptimo mercadeo social y económico, de conformidad con las características de la demanda y competencias institucionales. Es un importante recurso que guarda la información básica de una empresa, para que se conozcan todos los servicios que, desde la misma organización, se puedan ofertar.

En la construcción del Portafolio de Servicios, se debe tener en cuenta el denominado Equipo de Gestión, como el Equipo de Trabajo que presta los Servicios que se están ofertando, así como los datos de contacto tal y como se señala en la referencia “Guía para la construcción del portafolio de servicios de los equipos de gestión – Universidad Nacional de Colombia”.

El Portafolio de Servicios debe ser apropiado como instrumento de Gestión e Información y además cumplir la Función Reglamentaria–Normativa y Publicitaria. En su diseño debe ser completo y entendible y siempre manejar un lenguaje directo y sencillo para todo el que lo consulte, lo pueda entender. La propuesta de diseño que se formule para una institución debe mostrar su Organización y Estructura Empresarial, evidenciar los logros institucionales, asegurar el valor agregado de la institución, mostrar una oferta de servicios que corresponda a las disposiciones legales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), permitir el Mercadeo de Servicios en la región y que, además desde su mismo diseño, pueda ser consultado a través de diferentes medios, bien sea impreso, telefónico, electrónico u otros canales de difusión.

La participación de los referentes de la Calidad en Salud, en la elaboración e implementación de un Portafolio de Servicios, será un valor garante y diferenciador para evidenciar que la institución oferta servicios con calidad, en la búsqueda y sostenibilidad de usuarios satisfechos frente a los servicios que están usando. El entendimiento y comprensión integral de los elementos necesarios que permitan la elaboración de un Portafolio de Servicios de Salud dando respuesta a las necesidades de salud de la población sujeto de atención y operacionalizando los Derechos y Deberes de los Usuarios en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, dimensionará una vía propicia para que los cambios exigidos por la ley incorporen los principios de calidad, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad y transparencia, toda vez que en la propuesta del Portafolio de Servicios se responde competitivamente a las implicaciones de la regulaciones legales, al aumento en la oferta de profesionales y entidades, a la existencia de usuarios más informados y exigentes, y a la tendencia de tecnologías rápidamente cambiantes.

Como línea de base para la construcción del Portafolio de Servicios puede tenerse como insumo la utilización de la Caja de Herramientas que se presentan en el texto “Mercadeo de Servicios en Salud: Siete Principios para la acción”, Baquero (2009), especialmente el capítulo 1 (Comportamientos y necesidades del usuario), en el que se señala la importancia de segmentar los clientes —pacientes— usuarios de servicios de salud en características como edad, género, ubicación geográfica, tipo de aseguramiento, por patología, ingresos, educación, cultura y aspectos sociales y otros, lo que permite identificar grupos de clientes o usuarios de servicios que comparten características comunes, en cuanto a necesidades o patrones de uso.

El Portafolio de Servicios le permite a una institución: conocer su Estructura Organizacional y Estructura Empresarial, evidenciar logros institucionales, asegurar el valor agregado de la institución, diagramar su oferta de servicio dentro de las disposiciones legales para el SGSSS y Mercadeo de Servicios en la región, acreditar una competencia, evidenciar que se ofrecen Servicios con Calidad y la tenencia de usuarios satisfechos. Debe contemplar los siguientes Principios Estratégicos:

- Liderado por el Gerente.
- Participación de todas las dependencias.
- Desarrollo Talento Humano, Infraestructura y Tecnología.
- Educación, Motivación, Información y Capacitación.
- Programación, Ejecución y Evaluación.
- Integración Funcional.
- Coordinación Interinstitucional.
- Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario.
- Promoción y difusión continua.
- Mercadeo, Negociación y Contratación.

En la propuesta del Portafolio de Servicios se deben considerar los siguientes criterios claves:

- *Enfoque diferencial*: mediante el cual se establece una marca diferenciada de la oferta existente en el territorio y reconoce las diferencias de las poblaciones, sujeto de atención; y, por tanto, la necesidad de ajustar los servicios para ciertos grupos de atención.

- *Flexibilidad*: el portafolio de servicios deberá ajustarse a los cambios del contexto territorial y poblacional y definir contenidos según la oferta institucional del perfil poblacional, del mercado laboral, productivo y sectorial en el cual se inserta.
- *Alcance*: el portafolio de servicios será tan amplio o tan reducido como lo permita la capacidad instalada de la institución y los recursos humanos, financieros, técnicos y materiales disponibles. Por tanto, el portafolio dependerá del contexto, de las actividades, recursos y contenidos.
- *Creatividad*: reconocer los potenciales y el conocimiento acumulado del equipo de profesionales, para ponerlos al servicio de la institución.

Los beneficios reconocidos de la implementación de un Portafolio de Servicios son:

- Permite a los gestores revisar costos y reducir gastos cuando sea necesario.
- Habilita a los ejecutivos a centralizar detalles de proyectos y otra información pertinente con el fin de acrecentar su conocimiento y comprensión del funcionamiento actual de la organización.
- Dar fluidez a la comunicación entre el equipo encargado de la gestión y el resto de la organización y ayudar al funcionamiento diario de los procesos de la organización.

- Detectar proyectos redundantes y minimizar las repeticiones, para garantizar que todos los recursos son utilizados de la manera más eficiente.
- Comparar los procesos y proyectos vigentes con los objetivos de la organización.
- Ver los procesos dentro de su contexto, y no de manera separada, para poder tomar decisiones e introducir cambios, cancelar proyectos o modificar los existentes.

En la propuesta del Portafolio de Servicios se deben tener en cuenta los siguientes elementos estructurales: Nombre del Servicio / Institución /Estructura Organizacional, Características del Servicio /Institución (Misión, Visión, Valores corporativos – Valor diferenciador, Política de Calidad), Características del Usuario, Expectativas del Usuario, Características del Personal en Contacto – Formación y Méritos, Duración aproximada del Servicio, Características Tecnológicas, Características del Espacio, Riesgos, Tarifas del Servicio, Requerimientos para la prestación de servicios, Ventajas de la Contratación, Sistemas de Información, Datos de Contacto, Experiencia Profesional, Usuarios Actuales de los Servicios, Reconocimientos Institucionales, Respaldos de los que dispone la institución, Observaciones. En la Figura 5 se muestra la estructura mínima que debe tener un Portafolio de Servicios.

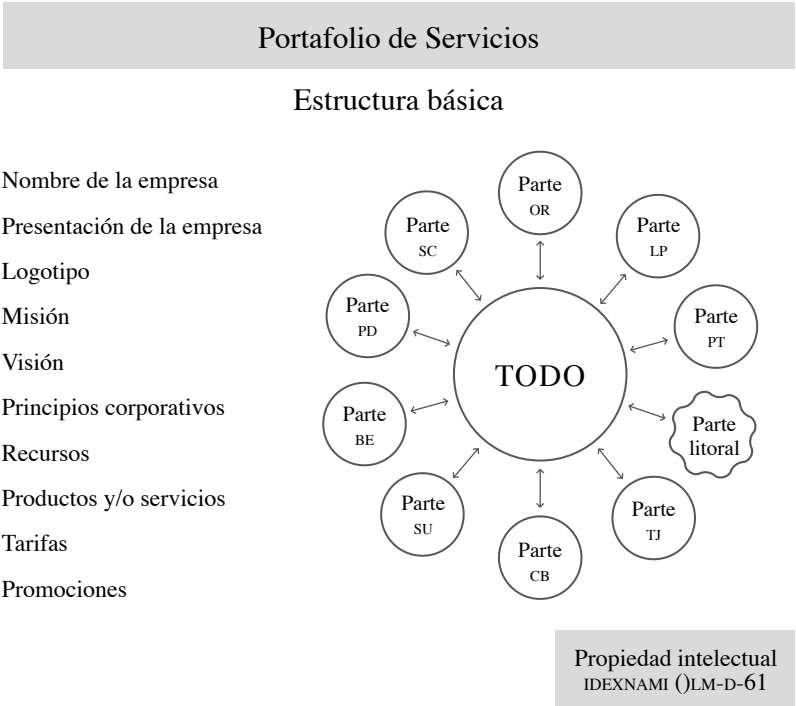


Figura 5. Estructura de un Portafolio de Servicios.

Fuente: Arroyo, 2016.

El Portafolio de Servicios es un instrumento administrativo de información de mejora en las interrelaciones de los diferentes equipos de trabajo. Como mediatizador de los servicios finales dentro de una institución (IPS, EAPB o Empresa de Consultoría) hace visible todas las opciones de servicios y/o productos ofertados.

6.6 Una nueva mirada de la Gestión de Calidad en las Ciencias Contemporáneas

Bajo la mirada del pensamiento complejo se abre una nueva ventana al cambio de los sistemas de gestión, sin embargo supone un cambio de paradigma frente a la forma tradicional de hacer las cosas; en palabras de Maldonado:

Cuando un sistema lineal se convierte en uno no-lineal, cuando un fenómeno predecible se torna impredecible, cuando un sistema rígido se comporta en el filo del caos, por ejemplo, entonces los complejólogos: a) tenemos la palabra y tenemos la obligación moral e intelectual de decir cosas significativas; b) podemos contribuir en algo al mundo; esto es, muy exactamente, a hacer posible la vida en general y cada vez más posible. Pero mientras el mundo no exhiba complejidad o los sistemas de control muy diversos —rígido, piramidal, distribuido, paralelo o difuso— aún sean posibles, aún no será el tiempo o el momento de la complejidad. (Maldonado, 2015)

Al respecto, en la Figura 6 se muestra un Proceso de Gestión de Calidad diseñado con los modelos convencionales de calidad, donde todo proceso tiene entrada (*input*), salida (*output*), flujos de información unidireccionales y acciones por parte de los responsables del proceso, aisladas.

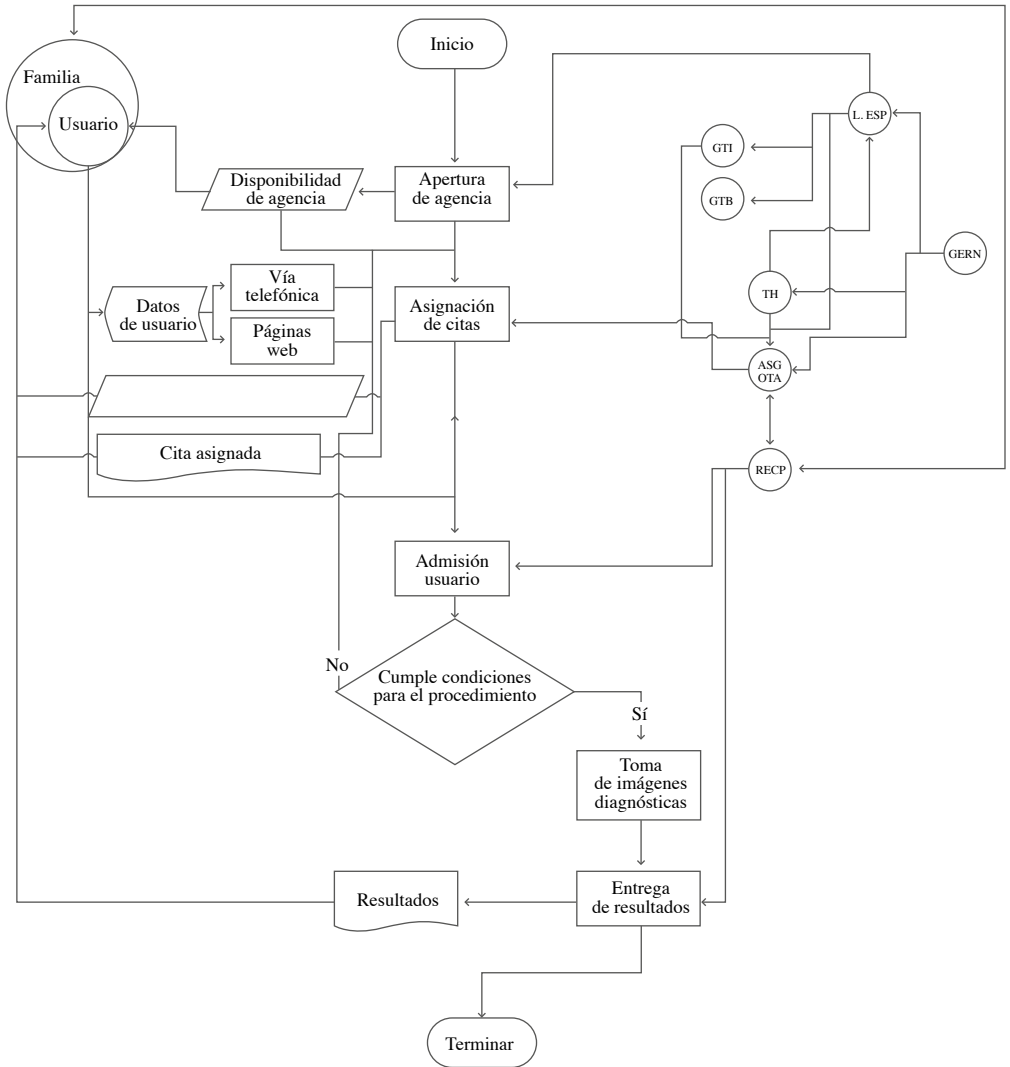


Figura 6. Proceso de calidad diseñado de forma convencional.

Fuente: elaboración propia, 2020

Entonces, es el momento de tomar los elementos de la teoría de redes que garanticen la interrelación de diferentes componentes de la institución. Así los nodos, hubs, vínculos, relaciones se traspolan a los sistemas de gestión de calidad. Estos elementos son necesarios para aumentar la capacidad innovadora de las organizaciones a través de un verdadero trabajo en red.

En las instituciones, cada uno de los actores, que hacen parte del proceso, se denominaran “nodos”, por ejemplo: directivos, coordinadores, talento humano asistencial, administrativo, usuarios, entre otros. Por otra parte, se encuentra aquella persona altamente conectada con los demás nodos de la red (mayor número de interacciones) es el Hub. Aquí cabe resaltar que no siempre es el nivel gerencial, este nodo altamente conectado puede ser un miembro del equipo asistencial que tiene un gran número de interacciones y quien aseguraría el éxito en los procesos. Por último, las interacciones que obedecen a los contactos que se dan entre cada uno de los actores se denominará vínculo, como se muestra en la Figura 7.

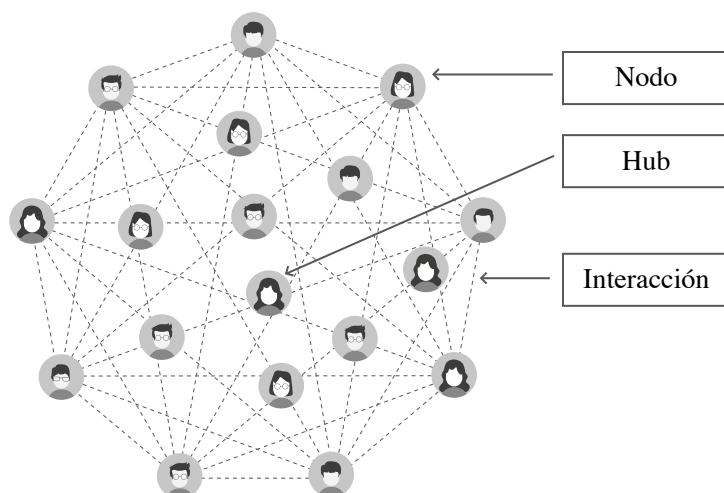


Figura 7. Proceso de calidad diseñado a partir de la teoría de redes.

Fuente: elaboración propia, 2020

Como propuesta para la formulación de nuevos e innovadores direccionamientos estratégicos (innovación de tipo organizacional), a partir de los Sistemas Integrados de Gestión de Calidad, se propone que los tomadores de decisiones realicen como primera medida la caracterización de un proceso institucional, al que le hará un diagnóstico situacional que comprende la lectura de necesidades reales de la institución, que permita posteriormente formular un plan de mejora a través de la herramienta de gestión PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). A partir de esta información se realizará una reingeniería al proceso elegido, pero bajo el lente de las ciencias contemporáneas. En este capítulo se planteó el uso de la teoría de redes para obtener como producto del modelo gerencial, un direccionamiento estratégico en red aumentando la productividad y la competitividad de las instituciones.

6.7 Bibliografía

- Albrecht, K. (2003). Gerencia del Servicio. 3 R Editores.
- Andino, C. (2018, 13 de diciembre). Bioética y humanización de los servicios asistenciales. http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Rev101/a_rt3_carlosandino.pdf
- Alvarado, k. (2017). Prácticas de mejora continua, con enfoque Kaizen, en empresas del Distrito Metropolitano de Quito: Un estudio exploratorio. <https://www.redalyc.org/html/549/54950452008/>
- Arbeláez, J. (2014). Modelos gerenciales. http://portal.fumc.edu.co/publicaciones/libros/9789585733244/modelos_ger.pdf
- Arroyo Castillo, C. (2016). Portafolio de servicios. <https://slideplayer.es/slide/5506099/>
- Baquero, H. (2008). Mercadeo de Servicios en Salud: Siete Principios para la acción. Centro de Gestión Hospitalaria Hernando Baquero. Bogotá. Múnica Ediciones.
- Beltrán, A. (2012). El mercadeo de servicio en las instituciones de salud, un enfoque desde la gestión de organizaciones. Cuadernos Latinoamericanos de Administración, 8(15), 45-56. <http://www.redalyc.org/pdf/4096/409634369005.pdf>
- Blueprints. Sitio oficial. <http://www.blueprintsys.com/>
- Ministerio de salud y protección social. Calidad y humanización en la atención. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidadhumanizacion-atencion.aspx>
- Carnota, O. (2013). Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Revista Cubana de Salud Pública, 39(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45444>

- Consultorsalud. (2020). Portafolio de servicios consultor salud. <http://www.consultorsalud.com/portafolio-de-servicios-consultorsalud>
- Global Consulting. (2020). Portafolio de servicios global consulting. <https://www.yumpu.com/es/document/view/5528612/portafolio-de-servicios-eampf-global-consulting>
- Gobernación del Huila. (2020). Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. <http://www.huila.gov.co/documentos/salud/guia%20pamec.pdf>
- Gutiérrez Cantón, E. D.; Rodríguez-León, A. (2012). El gerente de los servicios de salud y la Bioética Salud en Tabasco. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, México. 8(1), 41-44. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48708111.pdf>
- “Guía para la construcción del portafolio de servicios de los equipos de gestión –Universidad Nacional de Colombia”. Sistema de mejor gestión un SIMEGE. (2011, febrero). Equipo técnico UN SIMEGE. https://senaintro.blackboard.com/bbcswebdav/institution/semillas/513208_1_VIRTUAL/Material/Apoyo/Fase%20II/Actividad_Aprendizaje9/Guia%20para%20la%20construccion%20del%20portafolio%20de%20servicios%20de%20los%20equipos%20de%20gestion.pdf
- Malagón Londoño, G. (2014). Auditoría en Salud: Para una gestión eficiente (3a ed.). Editorial Médica Panamericana: Bogotá, D.C.
- Maldonado, C. (2015). Pensar la complejidad, pensar como síntesis. Cinta moebio 54: 313-324. <https://www.moebio.uchile.cl/54/maldonado.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012, 19 de diciembre). Resolución 4343. Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204343%20de%202012.pdf

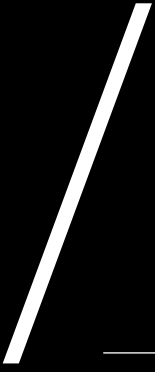
-- (2015, 16 de febrero). (2015, 16 de febrero). Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Rodríguez, C. (2020). Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en salud. <http://www.acreditacionen-salud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/73/Rev-95-Articulo%20Acreditacion.pdf>

Solé, R. (2016). Redes Complejas. Grupo Planeta.

Todo Marketing. (s.f.). ¿Qué es Triangulo de Servicio). <https://www.todomktblog.com/2013/09/triangulo-servicio.html>

Wikilibros. (2019, 26 de septiembre). Diagnóstico organizacional. https://es.wikibooks.org/wiki/Administraci%C3%B3n_de_empresas/Comportamiento_organizacional/Diagn%C3%B3stico_organizacional



Los autores

Carlos Eduardo Maldonado

Profesor Titular

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9262-8879>

maldonadocarlos@unbosque.edu.co

Ph.D. en Filosofía por la K.U.Leuven (Bélgica), posdoctorado como *Visiting Scholar* en la Universidad de Pittsburgh (EE.UU); posdoctorado como *Visiting Research Professor* en la Catholic University of America (Washington, D.C.), *Academic Visitor*, Facultad de Filosofía, Universidad de Cambridge (Inglaterra). Ha sido reconocido con la “Distinción al Mérito” por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú), por sus contribuciones a la filosofía y a la complejidad (2008). Premio Portafolio, Mención de Honor Categoría Mejor Docente (2008). “Profesor Distinguido”, título conferido por la Universidad del Rosario (2009). Investigador Senior (Colciencias). SENIOR MEMBER – IEEE. Doctor *Honoris causa*, Universidad de Timisoara (Rumania), (2015). *Título Honorífico: Profesor Visitante Distinguido*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Managua), (2017). “Reconocimiento internacional por excelsa trayectoria como investigador”, otorgado por la UTPL (Ecuador), en el marco del Congreso Mundial “Metamorfosis de las ciencias sociales y humanidades” (Loja, Ecuador, 2018). Premio Internacional Agencia Prensamérica Internacional “Dr. Zenovio Zaldivia”, Categoría: Filosofía y Complejidad, Guayaquil, (2018). “Visitante Distinguido”, distinción otorgada por el Consejo Municipal de la ciudad de Quetzaltenando, Guatemala, por propuesta de la Universidad

de San Carlos, (2018). Elegido “Investigador de Impacto” por concurso del Concytec (Perú) para visitar como investigador la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú (2019), como “reconocimiento por la reconocida trayectoria de investigación a nivel internacional”. El CEDES de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) en el marco del Doctorado en Sostenibilidad crea la Cátedra “Carlos Eduardo Maldonado” en Complejidad y Sostenibilidad (2019). La Comunidad de Pensamiento Complejo crea la Biblioteca Carlos Maldonado “tributo al filósofo colombiano Carlos Eduardo Maldonado”, (2020). El Colegio de Morelos, México, decide que el Centro de Investigaciones y Academia de Complejidad lleve el nombre de “Carlos Eduardo Maldonado”, (2020). Doctor *Honoris Causa*, UNA, Puno (Perú), (2020).

Hugo Cárdenas López

Decano Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2777-2997>

cardenashugo@unbosque.edu.co

Médico de la Escuela Colombiana de Medicina de la Universidad El Bosque; especialista en Filosofía de la Ciencia y en Docencia Universitaria de la misma Universidad; y magíster en Psicología Social de la Pontificia Universidad Javeriana. Consciente de las relaciones entre la medicina y la sociedad, se ha desempeñado como director del Área Comunitaria de la Universidad El Bos-

que y ha participado en proyectos de investigación en educación médica, en salud familiar y comunitaria, y en salud pública. En la actualidad es decano de la Escuela Colombiana de Medicina de la Universidad El Bosque y director de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria.

Daniela Arango Ruda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7855-4060>

darangor@unbosque.edu.co

Comunicadora y Antropóloga con énfasis en salud. Profundamente interesada por los temas relacionados con salud, calidad de vida y bienestar. En constante búsqueda de relaciones entre los fenómenos sociales y de la salud desde nuevas perspectivas y enfoques que permitan la creación de nuevo conocimiento.

Ana Camila García

Profesora

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6370-6906>

garciaana@unbosque.edu.co

Socióloga de la Universidad Nacional de Colombia, maestra en Historia por la Universidade de Brasília y doctora en Comunicación por la Universidade do Estado do Río de Janeiro. Vinculada a la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque en Bogotá, docente en pregrado de medicina, docente e investigadora en los programas de maestría y doctorado en Salud Pública. Investigadora de la Línea de Investigación Complejidad y Salud Pública.

Luis Alejandro Gómez Barrera

Profesor Asociado

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4054-9527>

gomezluis@unbosque.edu.co

Odontólogo y magíster en Salud pública de la Universidad Nacional de Colombia. Doctor en Estudios Políticos de la Universidad Externado de Colombia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque. Director de la Maestría en Salud Pública y profesor del Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Líder del grupo de Investigación Complejidad y Salud Pública. Sus intereses de investigación principales son: política y salud, complejidad y salud, complejidad y política, salud global y sistemas de salud.

Jorge Sandoval París

Profesor Titular

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3350-1795>

sandovaljorge@unbosque.edu.co

Comunicador social, magíster en Salud Pública, profesor titular, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque.

Santiago Galvis V.

Profesor

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2015-7107>

sgalvisvi@unbosque.edu.co

Antropólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Estudios Latinoamericanos y doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Está adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque en Bogotá, Colombia, donde se desempeña como profesor del programa de Medicina y de la Maestría y el Doctorado en Salud Pública. Ha trabajado temas relacionados con historia y epistemología de las ciencias, historia de la salud pública y la medicina y sociología de la salud. En la actualidad, sus principales intereses de investiga-

ción y docencia están situados en la interacción entre las ciencias sociales y la salud, en particular, la relación individuo/colectivo, la toma de decisiones y la codependencia entre naturaleza y cultura.

Anny Bonilla Dueñas

Profesor Asistente
Facultad de Medicina
Universidad El Bosque
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4296-9173>
bonillaanny@unbosque.edu.co

Odontóloga, especialista en Gerencia de la calidad en Salud, magister en Salud pública. Diplomada en pedagogía y didácticas específicas para profesionales de la salud, diseño de entornos virtuales de aprendizaje, verificación de condiciones de habilitación. Profesor asistente de la facultad de medicina de la Universidad el Bosque, coordinadora TIC posgrado gerencia de la Calidad en Salud, coordinadora de la Maestría en Salud Pública Universidad el Bosque. Consultora y conferencista de Sistemas integrados de Gestión de Calidad y Salud Pública a nivel nacional e internacional. Fellow International college of dentist , regente Distrito Colombia International College of dentist, Gerente empresa de consultoría Colombo argentina Assistance Management Alliance.

Álvaro Amaya Navas

Profesor Titular

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6072-9229>

amayaalvaro@unbosque.edu.co

Odontólogo profesional con especialización en Administración Hospitalaria, Gerencia de la Calidad en Salud, Docencia Universitaria y Derecho Médico. Máster en Dirección y Administración de Empresas Executive MBA. En curso Doctorado en Proyectos. Diplomados en: Alta Gerencia y Liderazgo, Formulación de Proyectos Sociales, Evaluación del Aprendizaje en Educación Superior, Promoción de Gestión Humana y Vigía Salud Ocupacional, Formación de Verificadores del Cumplimiento de Condiciones para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud. Con amplios conocimientos y experiencia en la planeación, estructuración, desarrollo técnico, contratación, dirección, seguimiento y control de procesos de gestión administrativa y gerencial, gestión humana, liderazgo y cultura organizacional, proyectos de investigación, proyectos de control de calidad y mejoramiento continuo, Habilitación y Acreditación, entre otros. Experiencia en Consultoría y procesos de Educación Continuada. Coordinador de la División de Posgrados y Formación Avanzada. Profesor Titular Postgrado Universidad El Bosque. Director Postgrado de Gerencia de la Calidad en Salud de la Universidad el Bosque. Docente de apoyo acuerdo de Cooperación Ministerio de la Protección Social y la Universidad El Bosque: Diplomado Formación de Verificadores del Cumplimiento de Condiciones para la

Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud. Docente – Facilitador y Consultor para el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud – Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

Lucero Galeano Zabala

Odontóloga, master en Dirección y Administración de Empresas-MBA; especialista en Gerencia de la Salud Pública, en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud; auditora interna en Sistemas de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2015. Consultora en Sistemas de Gestión de Calidad en Salud, con una trayectoria laboral de veinticinco años; dentro de los cuales, veinte corresponden a roles administrativos: directivos, de asesoría y/o consultoría y auditoría, en Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Direcciones Territoriales de Salud e Instituciones Prestadoras del Sector Salud; con énfasis en diseño, implementación y fortalecimiento de Sistemas de Gestión de la Calidad y consultora en temas específicos: Mejora Continua de la Calidad, Humanización de la Atención en Salud, Seguridad del Paciente, Gestión del Servicio y Gestión del Riesgo.

Catorce años de experiencia específica en Sistema Único de Acreditación, con aplicación de los manuales de: E.A.P.B., I.P.S. y D.T.S.; participación como evaluadora de Premios Distritales de Calidad y gestora en Plan Departamental de la Calidad. A nivel internacional, participó en el desarrollo de un proyecto de forta-

lecimiento del Departamento de Auditoría, con el diseño e implementación de un modelo de auditoría de servicios de salud para la ARS Estatal en R.D. Como proyectos destacados a nivel nacional, se encuentran: Dirección Nacional de Servicios de Salud – (UNISALUD); en consultoría: acompañamiento en la preparación como centro de excelencia de IPS Oncológica; participación en equipo consultor para el diseño del Modelo Evaluativo de Supervisión Basada en Riesgos, para Supersalud dirigida a Entidades Territoriales de Salud; participación en proyectos de Consultoría con Educación Continuada de la Universidad El Rosario y asesoría a IPS en preparación para acreditación en salud. En el ámbito docente, se resalta la participación en el Postgrado de Gerencia de Calidad en Salud de la Universidad el Bosque, en los Módulos de Gestión de la Calidad y Marketing en Salud (docente destacada 2014, 2016, 2017 y 2018), en Maestría de Salud Pública, en la asignatura de Fundamentos de Gestión de la Calidad en salud Pública y en proyectos de educación continuada de la misma. Docente en Salud de ICONTEC, en temas relacionados con: Sistema Único de Acreditación, Seguridad del Paciente, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención en Salud, Norma ISO 9001:2015 para organizaciones de salud y Auditoría Interna de Calidad basada en la Norma ISO 19011 y Pautas de Bioseguridad para IPS en la Pandemia COVID-19.



Índice temático

A

Abiótico 44
Adaptación mutua 50
Adenosín trifosfato 35
Agentes patógenos 135
Anemia crónica 25
Antropocéntrica 14, 48
Antropología 15, 30, 38, 40
Antropomórfica 48
Apoptosis 24, 30, 31, 32, 34, 35, 43, 44, 58, 100
Aprendizaje recíproco 36, 50

B

Bacterias 51
Bioética 30
Biología 30, 32, 34, 39, 40, 44, 45, 50, 58, 95
Biología
 de la evolución 30
 del desarrollo 30
Biosfera 47
Biótico 52
Bucles de retroalimentación 56

C

Calidad
 en salud 203
 de vida 57, 87, 134
Cambios medioambientales 56
Causalidad 48
Ciencias
 contemporáneas 124, 193, 194, 208, 211
 biomédicas 48
 de la complejidad 19, 48, 55, 136
 de la salud 19, 41, 67, 222
 de la vida 19, 40, 48, 67

Sociales 106, 107, 159, 176, 186, 222
Ciclos químicos 56
Codependencia 50, 173, 222
Comensalismo 50
Complejidad 19, 35, 40, 48, 50, 55, 59, 208
Complejólogos 208
Condición humana 36, 57
Conectividad global 200
Cooperación, 33, 36, 37, 50, 76, 77, 146, 173,
Cristianismo 29

D

Depredación 49, 50
Dinámicas no-lineales 56
Dualismo 29, 30, 43, 52
Dualismo cartesiano 28

E

Edad Media 26, 27, 29
Endémicos 57
Enfermedad 14, 15, 18, 20, 23, 24, 25, 29, 30, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46,
52, 54, 55, 56, 58, 59, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 79, 80, 86, 87, 105, 111, 112,
113, 115, 116, 118, 123, 124, 160, 166, 168, 172, 176, 178,
Enfermedades
 Crónicas 84, 85, 86, 110, 136, 170
 No Transmisibles 136, 138, 139, 143, 150
Enfoque multivariado 24
Epigenética 40, 45,
Epistemología 222
Estabilidad
 dinámica 56
 orgánica 56
 organísmica 56
Estructura
Empresarial 202, 204

mental 37, 42
 mental de exterioridad 37
 militarista 37
 organizacional 204, 206

Estructuras

cognitivas 51
 mentales 51

Etología 50

Exobiología 14

Extinción 55, 57, 112

F

Fenómenos abióticos 52

Filogénesis 30

Filosofía 30, 40, 49, 57, 58,

Fisiología 32, 56, 58

Fisiología de Gaia 56

Funciones fisiológicas 56

G

Genética 44, 51, 84, 105,

Gestión de conocimiento 196

Globalización 123, 124, 125, 126, 127, 128, 134, 135, 141, 145, 146, 147,
 148, 149, 151, 152

H

Heurístico 39, 42, 145

Himenópteros 50

Histología 45

Holista 41

I

Inteligencia de enjambre 36, 50

Interdependencia 36, 50, 107, 131, 134, 151
Islamismo 29

J

Judaísmo 29

M

Materialismo 28, 29
Mecanicismo 52
Mercadeo
 de servicios 202, 203, 204, 212
 económico 202
 social 202
Mirmecología 50
Mirada dualista 25
Modelo
 de humanización 199
 gerencial 193, 194, 195, 196, 198, 211
 sanitarista 160
Modernidad 25, 26, 27, 28, 29, 94
Morfología 31
Mutualismo 36, 50

N

Naturaleza 14, 15, 24, 25, 26, 37, 44, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 68,
79, 95, 137, 149, 175, 222
Necrosis 30
Neurobiología de las plantas 15, 50
Nodos 137, 148, 199, 200, 201, 210

O

Occidente 14, 24, 27, 29, 37, 38, 40, 54, 94
Ontogénesis 30

P

- Patologías 25, 178
- Pensamiento hegemónico 26
- Políticas públicas 39, 107, 108, 109, 134, 136, 139, 141, 143, 144, 150, 161, 169
- Portafolio de servicios 193, 194, 202, 203, 204, 205, 206, 207,
- Primatología 150
- Prospectiva 108, 111, 196
- Psicología 30

R

- Realismo periférico 141, 142, 144, 146
- Reduccionismo 52
- Reingeniería de procesos 195, 196
- Reloj biológico 33, 45, 55, 95,

S

Salud

- del medioambiente 15, 40, 48
- humana 15, 40, 48
- pública 15, 65, 67, 71, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 93, 96, 97, 98, 102, 104, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 124, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 145, 148, 149, 150, 151, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 170, 172, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186

Sanalogía 47, 59, 67

Selección natural 33

Sistema

- inmunológico 31, 33, 43, 44, 53
- lineal 208
- no-lineal 208
- rígido 208

T

Teoría

cuántica 59

de redes 193, 194, 199, 211,

Teorías de redes complejas 199

Termodinámico 51

Trascendencia 24, 29

U

Universalización 146

V

Visión

animista 26

Deterministas 173

mecanicista 173

organicista 26

reduccionista 25, 27



Índice onomástico

A

- Adamson, A. 172, 190
Albretch, K. 198
Alerm, A. 105
Ambrus, T. 35
Arroyo Castillo, C. 207

B

- Bacallao, J. 105
Baluska, F. 50
Baquero, H. 203
Barinaga, M. 32
Bauman, S. 127, 146, 147
Ben-Jacob, E. 51
Benjamín, W. 94
Bibeau, G. 168
Blanco, M. 107
Bohm, D. 71
Borges, J. L. 26, 118
Bourgelat, C. 53
Brenner, S. 31
Bronowski, J. 51
Bruno, G. 117
Burguess, T. 53
Burton, S. H. 188

C

- Cabling, M. L. 177
Cannon, G. 83
Castedo, M. 32
Castel, R. 182
Chevallier, J. 126
Chimhowu, A. O. 165
Cohn, N. 27
Crosnoe, R. 106
Currie, A. R. 32

D

Delumeau, J. 37
Del Valle, T. 101, 102
De Rosnay, J. 39
De Waals, F. 50
Díaz, L. 72

E

Eaton, S. 80, 81
Einstein, A. 24
Ehrenreich, B. 169
Elder, G. 106, 107
Ercoli, P. 66, 81
Erhardt, P. 35
Erikson, E. 99
Escobar, A. 165
Escudé, C. 141, 142

F

Fagen, M. C. 168
Feixa, C. 101
Fernández, J. 76
Ferrer, M. 105
Feuerbach, L. 66
Fidler, D. 131, 137
Foucault, M. 29, 37
Frenk, J. 134, 135, 136
Freud, S. 99, 101

G

Galvis, S. 161,
Gilbert, C. 113
Giraud-Carrier, C. G. 168
Gómez, A. C. 125
Gould, S. J. 30

H

Hacking, I. 173
Hall, S. 175
Hartog, F. 96, 118
Hassard, J. 176
Hernández, A. 36
Holland, J. 69, 70, 200
Horvitz, H. R. 31, 32
Hulme, D. 165

J

Jablonka, E. 45
Jacobs, J. 26
James, H. 125
Jaramillo, C. 73

K

Katz, M. 72
Kauffman, S. 52
Kay, C. 145
Kerr, J. F. 32, 34
Keys, A. 73
Kirkpatrick, M. 106
Koch, R. 53
Konner, M. 80, 81
Koselleck, R. 95, 96
Kraus, G. 35
Kroemer, G. 32
Kropff, L. 104
Kuhn, Th. 15, 26

L

Lamb, M. 45
Landgrebe, L. 58
Lash, S. 147, 148

Latour, B. 176
Law, J. 176
LeShan, L. 28
Lieberman, D. 169, 170
Loewenhoeck 30, 39
Lorenz, K. 50
Lupton, D. 161, 169, 183

M

Maldonado, C. E. 47, 48, 49, 54, 59, 67, 208
Malinowski, B. 67, 68
Malraux, A. 57
Mancuso, S. 50
Marchetti, P. 32
Margulis, L. 44
Marlowe, F. 94
Martínez Medina, S. 177
McDermott, L. 172
McFadyean, J. 53
McNew, S. M. 45, 48
Meészáros, 45
Melucci, A. 149
Meza, E. 81, 82
Milagro, F. 84
Mol, A. 171
Monsalve, S. 74
Monteiro, C. 83
Munro, L. T. 165

N

Neiger, B. L. 168
Nowak, M. A. 37, 146
Nutbeam, D. 168
Nye, J. 131

P

Pagés, J. 130
Pasteur, L. 53
Pavlov, I. 99
Petit, P. X. 32
Piaget, J. 99
Pintér, B. 45
Pollan, M. 83
Porter, D. 160
Prigogine, I. 27

R

Renahan, A. G. 34
Rico, D. A. P. 104, 109
Ricoeur, P. 95
Riley, W. 104
Romeyer, H. 97
Rosen, G. 160
Rovelli, C. 95
Rubens, 28

S

Sagan, D. 44
Santa María, L. 101, 102
Sayes, E. 176
Seeley, Th. D. 37
Shanahan, M. J. 106, 107
Sheikh, A. 177
Sheppard, V. B. 177
Simopoulos, A. 81
Skinner, B. F. 99
Solé, R. 199, 200
Stead, M. 172
Stengers, I. 27
Stiglitz, J. 125, 126, 128, 143

Strogatz, S. 200
Suárez, C. I. G. 104
Sulston, J. E. 31

T

Thackeray, R. 168
Théodore, F. 172
Thompson, D. W. 52
Tinbergen, N. 50

U

Ulrich, G. 113

V

Valenzuela, A. 80
Vignolo, J. 113
Vincent, J. D. 41
Vogt, K. 32
Volk, T. 56
Von Braun, W. 20

W

Wade, P. 175
Watts, D. J. 199, 200
Weber, M. 27
Wilson, E. O. 37, 50
Worth, A. 177
Wyllie, A. R. 32

Z

Zamzami, N. 32, 35
Zanin, C. 32

Colección Complejidad y Salud, Vol. 6

Salud y no enfermedad

Transiciones hacia la complejidad

Este libro, editado y publicado por el sello Editorial Universidad El Bosque, se terminó de imprimir en la ciudad de Bogotá en el mes de octubre del año 2020.

Para esta edición, se usaron las familias tipográficas: Times a 11,5 puntos y Playfair Display Black de 15 a 40 puntos.

El formato de este ejemplar es de 13,5 x 23 centímetros.

La cubierta está impresa en Propalcote de 300 gramos de baja densidad, y las páginas interiores, en papel Bond Bahía de 90 gramos.

Pensar la salud es una tarea que jamás se ha emprendido en Occidente. Hasta la fecha, la preocupación fue siempre negativa, así: el rechazo de la enfermedad, la superación de la pobreza y otras expresiones semejantes. Es posible decirlo en términos fuertes y directos: el llamado a la salud coincide con un auténtico giro civilizatorio. Mientras que Occidente siempre supo solo de la enfermedad y cómo vencerla, asistimos a los albores de una nueva civilización que se enfoca en otros aspectos nunca antes considerados. Por eso, hay un modo idóneo mediante el cual es posible pensar la salud; que es equivalente a pensar en la vida. Se trata de las ciencias de la complejidad. En este libro nos proponemos pensar la salud y complejidad, o lo que es equivalente, salud como un fenómeno complejo.

Ahora bien, las ciencias de la complejidad constituyen ciencia de frontera (spearhead science). Aunque han ganado espacios en diferentes latitudes, la verdad es que están lejos de ser ciencia normal. En consecuencia, se hace necesario un doble trabajo: introducir un pensamiento de salud –y vida– tanto como elaborar una propedéutica para la complejidad.

