

# Los retos contemporáneos de la salud pública: una mirada más cercana a la realidad y a los fenómenos emergentes de salud de los colectivos



## Carl Steven Machuca H.

Médico, magíster en Salud Pública. Estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Profesor asistente Facultad de Medicina Universidad El Bosque

En la actualidad, la pandemia originada por el COVID-19 propone una serie de retos en salud que se deben abordar de manera prematura, y que hoy en Colombia –según el último informe del Ministerio de Salud (2020)– ha afectado a más de 800.000 personas, con una mortalidad mayor de 20.000 contagiados alrededor de septiembre (2020), con alcance y posicionamiento en la meseta del pico pandémico. Por eso no solo se precisa de un proceso reflexivo, académico, científico e investigativo, sino que se impone la necesidad de replantear acciones y modelos en todos los campos de la salud, encaminados a responder a este tipo de fenómenos epidémicos impredecibles y caóticos (Tirado, 2011), para los cuales no se contaba con preparación para afrontarlos.

Por eso, a partir de la integración de todos los actores en salud, por medio de la investigación de los procesos de innovación en salud y la vinculación intelectual, a través de múltiples enfoques académicos, teóricos y prácticos, se pueden abordar estos estados patológicos que han cambiado nuestra propia condición colectiva e individual y que incurren de manera directa dentro de las funciones primarias a las que se enfrenta la salud pública descrita por Santoro (2016) como el “conjunto de acciones e interacciones encargadas de reconocer e interpretar fenómenos en salud de manera colectiva, para su para su aproximación y control”.

Es menester describir que la fragilidad de los sistemas de salud, además de la simpleza de su actuación a partir del modelo clásico conductual de acción y reacción (Bayes, 1983) frente a fenómenos que se han descrito desde las ciencias de la complejidad como estados patológicos azarosos, complejos, no lineales (Taleb, 2013), obligan a ampliar las líneas de pensamiento e involucrar factores como la economía, la política, la industria farmacéutica y las dinámicas sociales locales (Ramis, 2007), ya que estas se constituyen en elementos primordiales y de interés para construir un concepto real de salud, y además se deben abordar no solo por los profesionales de salud, sino como un trabajo conjunto de redes abiertas de conocimiento con todos los participantes en este tipo de fenómenos.

Es evidente que este concepto de salud requiere hoy de una visión más amplia de lo propuesto por la OMS, pues minimizarlo como un “estado completo de bienestar físico, mental y social en ausencia o presencia de enfermedad” (Ávila, 2009) resulta insuficiente y estático ante los resultados impredecibles y disfuncionales del manejo de la pandemia –tanto locales como globales–, ya que no entran en sintonía con la construcción del concepto de enfermedad/salud de las poblaciones y sus condiciones de vida, y también a la aceptación y aplicabilidad de las acciones por parte de los referentes en salud para mitigar y controlar este tipo de fenómenos epidémicos desde una postura alejada de la realidad.

Por ello, este fenómeno está manifestando conceptos como el del doctor Alejandro Jadad –descritos por Bonill (2007)– quien expone que la capacidad de adaptabilidad de los colectivos y los individuos es tal, que los lleva a buscar estrategias que les permitan enfrentarse a los desafíos mentales, físicos y sociales presentes en la cotidianidad de la



vida, y logran reconocer elementos ocultos que les permiten entender muchas de las acciones que van en contravía de las propuestas por las instituciones de salud y que a su vez pueden inferir de manera positiva o negativa en los procesos de salud pública desarrollados en los colectivos.

Esta perspectiva se constituye de una manera más asertiva y que fluye de forma homogénea con la realidad, permitiendo plantear el ejercicio de pensamiento desde la salud pública para responder interrogantes como la desconfianza que predomina por parte de los colectivos sobre los modelos de cuarentena obligatoria, la investigación y aprobación de tratamientos farmacológicos, el uso de terapias clínicas o biológicas emergentes de manera local, los modelos de aseguramiento transitorios por eventualidades pandémicas, la distribución de recursos para la priorización de fenómenos en salud, entre muchos otros cuestionamientos que no es posible responder y reflexionar sobre ellos sin una mirada múltiple y holística como se logra proponer desde un think thank.

Por ello, la integración de la salud pública como uno de los enfoques centrales permite exponer su capacidad de abordaje y de respuesta a los fenómenos en salud emergentes en la cotidianidad de los individuos, al condescender el diálogo de las condiciones biopsicosociales de los colectivos con respecto a acciones y programas de promoción y prevención, el diagnóstico social, colectivo y la aplicabilidad de estrategias en las que convergen acciones políticas, clínicas, sociales y económicas, desligándose de la visión bimodal y unitaria que se ha construido a lo largo de la historia entre la relación biológica salud-enfermedad (Ávila, 2009).

Así mismo, su aplicabilidad resulta de interés y pertinencia, ya que los diferentes actores de la salud participan no solo unidireccional sino multidireccionalmente, como en una red en la que sus figurantes construyen interacciones permanentes entre todos, donde se aprovechan los nodos con mayor nivel de conectividad (Hubs) para transmitir de forma amplia la información. independientemente de su origen (Gómez, 2016).

Por ejemplo, dentro de los diálogos recurrentes en los últimos años desde la construcción de los determinantes de salud hasta la construcción de los objetivos de desarrollo sostenible, las investigaciones clínicas han adquirido mayor relevancia con respecto a complementar el diálogo de las acciones de salud pública en el campo de los decisores (Fors, 2012), demostrando la relación cuantitativa y cualitativa como un elemento primario para la ruptura clásica de la generalidad de la investigación clínica como única fuente de información científica.

Así mismo, este intercambio de información y participación de otras áreas teóricas que se ha ido nutriendo, ha permitido desde la salud pública, a partir de los años noventa hasta hoy (Bronfman, 1994) –conforme a las constantes metamorfosis de los fenómenos de salud y a la inserción del término de participación colectiva– que perfiles de otras áreas, que antes se consideraban ajenas o con intereses particulares, se hayan ido involucrando de manera efectiva para proporcionar un adecuado proceso de construcción de información y acción, dado a la capacidad de abordar de modo completo todos los elementos que conforman los estados de salud de las poblaciones a partir de sus experiencias socioculturales, las cuales siguen influenciando las acciones en salud.

Con ello, la salud pública expone una vez más su responsabilidad y habilidad para edificar las estrategias investigativas e intelectuales que requieren los fenómenos emergentes en salud, a partir de la construcción de los espacios de participación colectiva (Pérez, 2008), que no solo se centralizan en la responsabilidad de los actores de salud, sino que involucra a todos los elementos de la sociedad que configuran y responden con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, con un sentido más equitativo, social y cultural a partir de las realidades de cada uno de los colectivos.



# Referencias

- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Bayés, R. (1983). Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 4(13), 91-110.
- Bonill de las Nieves, C. (2007). Es posible mejorar la salud a través de las TIC: Alejandro Jadad, Director de Global eHealth & Wellness Network Initiative (GENI), Universidad de Toronto. *Index de Enfermería*, 16(58), 70-74.
- Bronfman, M. y Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 111-122.
- Fors López, M. M. (2012). Los ensayos clínicos y su contribución a la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 771-780.
- Gómez, L. A. (2016). Complejidad, redes y salud pública. Una revisión. *Revista Salud Universidad El Bosque*, 6(2), 59-76.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Coronavirus (Covid-19). [Minsalud.gov.co](http://Minsalud.gov.co)
- Pérez, Y. M. (2008). Actores sociales, su papel en el campo de la salud. *MediSur*, 6(1), 63-70.
- Ramis Andalia, R. M. (2007). Complejidad y salud en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33.
- Sanabria Ramos, G. (2004). Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3).
- Santoro-Lamelas, V. (2016). Public health in the health-disease continuum: an analysis from a professional perspective. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 530-542.
- Taleb, N. N. (2013). *El cisne negro: El impacto de lo altamente improbable*. Ediciones Culturales Paidós/Booket.
- Tirado, F. (2011). Epidemias: un nuevo objeto sociotécnico. *Convergencia*, 18(56), 133-156.z