

Elementos para una “topografía” del concepto de Salud.

André-Pierre Contandriopoulos,

Université de Montréal

Resumen: Aunque existe un amplio acuerdo sobre el hecho de que las representaciones de la salud y de sus determinantes constituyen la base conceptual de lo que debería ser el sistema de atención, de las expectativas de la población sobre este tema y del rol que debería jugar el Estado en el campo de la Salud, constatamos que muy pocos trabajos se interesan sobre lo que en realidad significa Salud. Partiendo de la idea de que la Salud y la Enfermedad son conceptos inseparables sin que por ello se constituyan uno en el inverso del otro, proponemos una “topografía” del concepto de la Salud explorando sus dimensiones ontológica, epistemológica, metodológica y teleológica.

La Salud, verdad de la vida, aparece como una cualidad fundamental del ser humano que se expresa en cada una de las cuatro dimensiones (biológica, social, síquica, racionalidad) que definen al ser humano. Los conocimientos a movilizar para entender en su complejidad el concepto salud-enfermedad deben provenir de un diálogo a organizar entre las ciencias de la vida, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento. El avance del conocimiento en estos campos descansa sobre la movilización de los métodos científicos más pertinentes en cada uno de los grandes campos disciplinarios (especialización metodológica disciplinaria) y al mismo tiempo sobre la integración de los resultados especializados en un esquema interpretativo interdisciplinario que todavía queda por construir. Entre más afinemos los conocimientos sobre la salud y lo que la afecta, será más factible proponer políticas de salud eficaces y legítimas.

Palabras claves: Salud, enfermedad, determinantes de la salud, políticas de salud.

**Publicado en *Ruptures*, Revista Interdisciplinaria de la Salud, Volumen 11
Número 1, 2006, pp.86-99¹.**

Las representaciones de la vida, de la muerte, del dolor, en otras palabras, de la salud, y la comprensión de los determinantes de la salud y de la enfermedad, constituyen la base de la concepción de lo que debería ser el Sistema de Atención, de las expectativas de la población a este

¹ Traducido por Miguel Orozco (CIES, Nicaragua) para uso exclusivo de la Red de Determinantes de la Salud REDET. **Prohibida su reproducción total o parcial de este documento.**

Elementos para una “topografía” de concepto de la Salud. André-Pierre Contandriopoulos.
En *Ruptures*, Revista Interdisciplinaria de la Salud, Vol 11 No 1, 2006, pp.86-99. Página 1.

respecto, del rol que debería jugar el Estado en el campo de la salud y de las responsabilidades de los individuos (Beck, 1986).

Éstas han evolucionado en el transcurso del tiempo en función de, entre otros, el desarrollo de los conocimientos (Canguilhem, 1966; Foucault, 1963; Evans *et al*, 1996; Evans, 2002; Glouberman, 2001; Goldberg *et al*, 2003), de las técnicas y también, en cierta manera, de las necesidades vinculadas a los cambios demográficos. Para encontrar las pistas que permitirán a las sociedades desarrolladas de sobreponerse a la crisis que golpea sus sistemas de atención¹ (Contandriopoulos, 2000, 2003; Blais 2003; Beck 1986) y de hacer de la salud la verdadera prioridad del gobierno, es necesario reflexionar sobre los conceptos de la salud y la enfermedad así como de sus relaciones.

Los trabajos científicos recientes sobre los factores que afectan la salud de las poblaciones muestran que los factores, las situaciones, los contextos que son portadores de salud, es decir, que aumentan *“la posibilidad para el vivo de realizarse”* (Foucault, 1997), movilizan mecanismos que no son de la misma naturaleza que aquellos que son implementados cuando se trata de diagnosticar, de tratar, de prevenir enfermedades específicas (Evans *et al*, 1996; Foro Nacional sobre la Salud, 1997; Drulhe, 1997).

Por un lado, cuando se quiere actuar sobre la salud en tanto que capacidad de vivir bien y mucho tiempo, las intervenciones son enfocadas sobre el ambiente en el cual interactúan los individuos, sea éste físico (ambiente de trabajo, condiciones de vivienda, salubridad, contaminación, etc.), económico y social (pobreza, desempleo, aislamiento, exclusión, etc.), o inclusive, en el ambiente cultural (derecho de la persona, educación, acceso a la información y al conocimiento, etc.). Por otro lado, cuando se quiere actuar sobre la salud reduciendo la incidencia, la duración, la intensidad o las consecuencias de las enfermedades específicas que sufren los individuos, las intervenciones sobre el funcionamiento biológico y síquico de los seres humanos y su comportamiento. Se trata, en este caso, de modificar el curso de los diferentes procesos biológicos y síquicos afectados por la enfermedad.

Aunque se concibe que los fenómenos de la enfermedad y de la salud no son independientes, no por ello están limitados el uno por el otro. Los conceptos de salud y enfermedad son indisociables, pero la enfermedad no es lo contrario de la salud (Canguilhem, 1966). Si algunas poblaciones viven más tiempo que otras, esto no significa necesariamente que los miembros de esta población están menos enfermos. Los japoneses no están menos enfermos que los franceses o que los quebequenses, las mujeres de los países ricos que viven en promedio más tiempo que los hombres no están, tampoco, menos enfermas! (Contandriopoulos, 1999). *“Estar saludable, es poder enfermarse y levantarse, es un lujo biológico”* (Canguilhem, 1966:132). La salud no puede ser tomada como la imagen de un continuum que va, sin interrupción y sin rupturas, de un estado completo de bienestar hasta la muerte, pasando por todas las formas posibles de enfermedad y de incapacidades. Y sin embargo, esta representación parece implícita en la mayor parte de los discursos sobre la prevención (Figura 1). La enfermedad y la salud están concebidas como conceptos complementarios, de tal manera que toda política que reduce el espacio de la enfermedad parece aumentar automáticamente el espacio de la salud. Esta idea, seductora por su simplicidad, es, sin embargo, falsa².

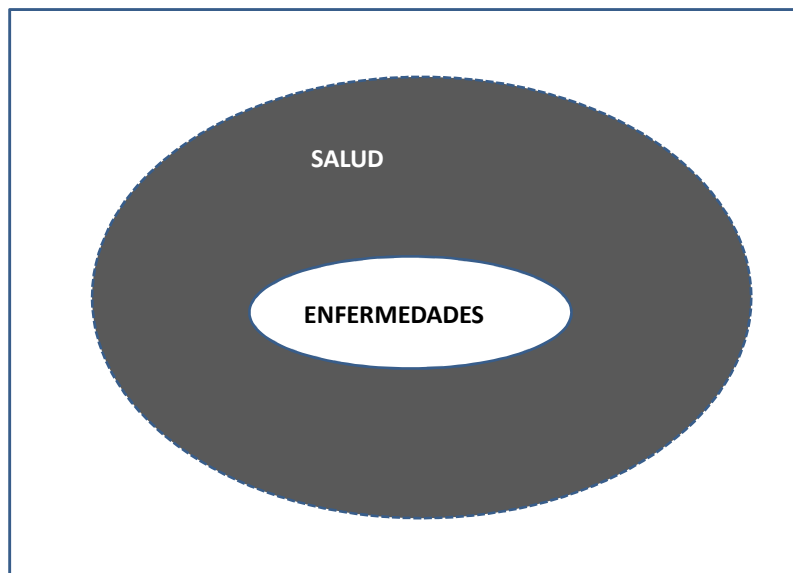


Figura 1: Enfermedades y Salud son complementarias.

Todas las observaciones disponibles muestran que, a la escala de una población y sobre un horizonte temporal bastante amplio, entre más éxito alcanza la prevención (en su acepción más amplia), es decir, entre más aumenta la esperanza de vida al nacer, más aumentan las posibilidades de enfermarse también. La experiencia de los países desarrollados en el transcurso del siglo XX parece elocuente con respecto a esta realidad.

Se observa simultáneamente que la esperanza de vida ha aumentado como jamás anteriormente, treinta años de ganancia desde el final del siglo XIX, (en promedio, dos años cada diez años desde la Segunda Guerra Mundial) y que la morbilidad ha conocido un desarrollo extraordinario en el mismo período, al mismo tiempo que ha cambiado de naturaleza. Las enfermedades infecciosas han sido progresivamente reemplazadas por las enfermedades sistémicas de la vejez (transición epidemiológica) (Freis 1989; Légaré, 2003; Meslé et Valin, 1992).

La pregunta de “qué es” la salud continúa todavía sin responder. Para Canguilhem (1990), se puede “sentir bien” pero no se puede nunca “saber” que “estamos bien”. La salud no es un concepto científico mientras que la enfermedad si lo es. Los conocimientos científicos sobre la enfermedad revelan pocas cosas sobre la esencia de la salud. “La salud, verdad del cuerpo, no depende de una explicación por teoremas” (Canguilhem, 1990, p.36).

La salud es silenciosa, mientras que la enfermedad es ruidosa, charlatana, cuantificable. “La salud es la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (Canguilhem, 1990, p.28), o inclusive, como dice un proverbio oriental: “La salud es una corona sobre los que se portan bien que solamente miran los enfermos”.

Para cortar pronto una discusión, es suficiente con responder a la pregunta tradicional: “¿Cómo estás?” Con la respuesta “Muy bien, ¡me siento en forma!”. ¡No hay nada más que agregar!

A nivel colectivo, la salud constituye simultáneamente un recurso y un resultado. El “Alto Comité de Salud Pública” de Francia escribe³: *“La salud de la población es, por naturaleza, un recurso necesario, si no suficiente, para el funcionamiento y el desarrollo de toda Sociedad”*. (p.9) *Fundamentalmente (la salud) es, al mismo tiempo, tanto un proceso individual que está enraizado en el secreto de nuestros genes y de nuestros comportamientos más íntimos, como una representación social y un oscuro objeto del deseo donde la capacidad de alcanzarlo depende en realidad del ángulo bajo el cual se le examina, a tal punto que la salud de una población parece estar hecha de paradojas”* (p. 10).

En el campo de la salud pública, de la promoción de la salud, de la epidemiología, y de la medicina en general, existen pocos trabajos y reflexiones sobre la salud. En el libro “Estar o no sano”, R. Evans y sus colegas (1996) no dicen casi nada sobre el concepto de salud, dejando la cuestión resuelta desde la primera nota de la introducción: *“Los trabajos presentados en esta obra están fundados sobre una idea particular de la “salud” que es necesario precisar desde el comienzo. La mayor parte del tiempo nosotros damos por asumido que la salud es la ausencia de incapacidad o de enfermedad. En otras palabras, alguien que no se sienta enfermo [...] y que no está afectado por ninguna patología médicamente definida [...] y que no está herido [...], está en buena salud. Los individuos reaccionan todos diferentemente en términos de capacidad funcional tanto a las enfermedades “sentidas” que a las enfermedades “diagnosticadas”; cuando se habla de salud, es de ésta capacidad de funcionar combinada con la ausencia de enfermedad clínicamente definida donde está implícitamente indicado. Existen otras concepciones de la salud. Actualmente, se ha llegado casi a admitir que la definición de la OMS “un estado de bienestar completo” es de una débil utilidad operacional. Según esta definición, la “salud” es todo, es decir, nada en particular. Pero vemos aparecer actualmente en diversos medios reflexiones nuevas e interesantes que pueden conducir a acepciones diferentes de la salud”* (Evans et al, 1996). Estas reflexiones nuevas sobre lo que es la salud, el objeto mismo de los trabajos y las intervenciones de personas que trabajan en el gran campo de la salud pública, nos parecen esenciales para participar activamente y de manera pertinente, en los debates actuales sobre el rol del Estado en el campo de la Salud, sobre la elaboración de las políticas de salud, sobre la evaluación de las intervenciones.

Pensamos que, para facilitar esta reflexión, es útil explorar las diferentes dimensiones del concepto de la salud describiendo brevemente sus dimensiones ontológica, epistemológica, metodológica y teleológica. En otras palabras, se trata de elaborar “la topografía”.

Dimensión Ontológica.

Es interesante concordar con Canguilhem (1990, 1992) que la palabra *Salud* está poco presente en los diccionarios médicos; y cuando figura, el lector es referido a la definición general de la OMS⁴, es decir, a *salud pública*. Pero, en este último caso, dicho de otra manera, “a partir del momento cuándo la salud ha sido definida como algo propio del hombre que participa en una comunidad social o profesional, su sentido existencial ha sido ocultado por las exigencias de una compatibilidad...Lo que es público y publicado, muy a menudo, es la enfermedad” (Canguilhem, 1992;12-14).

Para progresar en la comprensión de lo que es la salud, dos vías son tomadas muy a menudo. La primera consiste en re-trazar en la historia como el concepto de la salud ha sido utilizado y cuáles son las fuentes etimológicas (Bernadis, 1992; Houtaud, 1999), y la segunda consiste en analizar cómo ha sido tratada en las diferentes disciplinas universitarias⁵ y por los filósofos (Canguilhem, 1966, 1990, 1992).

La salud, verdad de la vida (Canguilhem, 1992), es una cualidad fundamental del ser humano. Si se admite que todo ser humano es simultáneamente y de manera indisoluble⁶ (figura 2):

- un ser biológico, viviente, dinámico, único;
- un ser social en interacción permanente con otros seres humanos, situado en el tiempo y en el espacio, dependiendo de su medio ambiente y actuando sobre éste;
- un ser de emociones, de sensaciones, de deseos, de intenciones, un ser espiritual;
- un ser de conocimiento, de racionalidad, de reflexión;

entonces, la salud se expresará en cada una de esas cuatro dimensiones.

La salud puede, además, ser entendida a partir de la unicidad de cada persona o inclusive de la masa de individuos de una población. La transición de la salud de los individuos a la salud de la población plantea un problema fundamental.

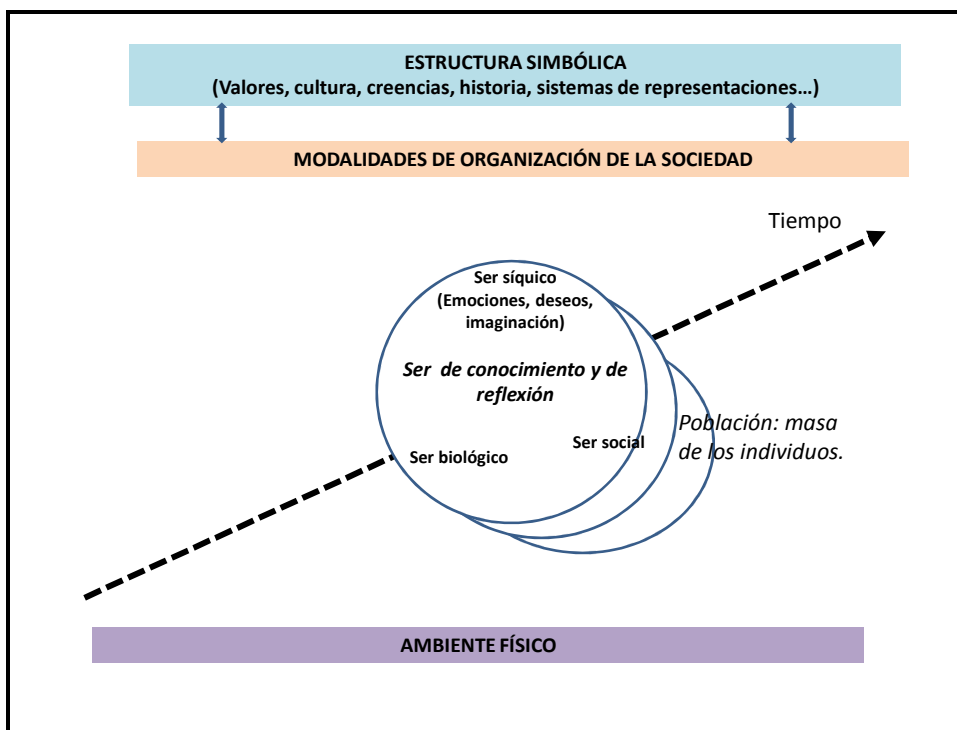


Figura 2: La Salud: Cualidad fundamental del ser humano.

El problema no solamente plantea un aspecto técnico –¿Cómo agregar indicadores que reflejen las diferentes dimensiones del concepto de salud?– sino que también una reflexión ética –¿Cómo incorporar en el concepto de salud de la población la cuestión de las disparidades en salud y la de equidad en relación a la atención y a la salud? Esta pregunta es discutida más adelante cuando sea abordado el análisis de la dimensión teleológica del concepto de salud.

La salud biológica es aquella que, según Leriche, se manifiesta por *“la vida en el silencio de los órganos...La enfermedad, es la que impide a los hombres el ejercicio normal de sus vidas...y sobre*

*todo eso que los hace sufrir*⁷. Para Canguilhem (1966), la salud corresponde a la normatividad positiva de la vida, “la fisiología es “la ciencia de los límites estabilizados de la vida””. Las enfermedades, concebidas como desregulaciones de las funciones biológicas, constituyen las manifestaciones negativas de la salud, ellas desestabilizan la vida. La vida y sus desregulaciones pueden expresarse a través de diferentes esferas de funcionamiento del ser vivo: los órganos, los tejidos, las células, las moléculas, los genes, que son exploradas de manera cada vez más aguda por las ciencias de la vida. Pero el ser humano viviente forma un todo que no puede ser reducido al buen funcionamiento de cada uno de sus elementos. Todos estos niveles de análisis quedan interdependientes. *“La salud, verdad del cuerpo, no depende de una explicación por teoremas. No existe la salud de un mecanismo...Para una máquina, el estado de funcionamiento no es la salud, el desperfecto no es una enfermedad...no existe la muerte de la máquina”* Canguilhem (1992:11).

El “silencio de los órganos” no es probablemente suficiente en nuestros días para hablar de salud, habría que hablar también del silencio de los tejidos, de las células, de las moléculas, de los genes...Dicho de otra manera, habría que poder discernir el silencio que constituye la salud, detrás del susurro de la vida amplificada por las tecnologías de la medicina moderna. Pero, ¿el conocimiento del ruido puede ayudar a conocer el silencio? El conocimiento de la enfermedad no puede, en el mejor de los casos, más que proveer un esclarecimiento parcial sobre lo que es la salud. Pero la salud no puede ser concebida sin referencias a la enfermedad⁸, los conceptos de enfermedad y de salud no son independientes, constituyen en sus relaciones lo que puede ser llamado el concepto “salud-enfermedad” (Kleinman, 1986; Almeida, 2006). Este concepto no se limita a la dimensión biológica del ser humano, se expresa también su presencia en las otras dimensiones.

La **salud social** esta esencialmente asociada a la adaptación del hombre a los ambientes físicos, sociales, simbólicos, en los cuales está situado. Se expresa en la capacidad del ser vivo de prosperar, de evitar enfermarse. Todo lo que entraña una “usura prematura de la vida” constituye un atentado contra la salud. La salud es un recurso parcialmente dependiente del ambiente y parcialmente transmito genéticamente (admitiendo que la herencia genética permanece en dependencia al medio ambiente). Este recurso que constituye la salud es movilizado para responder a las exigencias del medio. *“La salud es un conjunto de seguridades y de seguros.[...] Seguridad en el presente y seguro para el futuro”*⁹*“La mala salud, es la restricción de los márgenes de seguridad orgánica, la limitación del poder de tolerancia y de compensación de las agresiones del medio ambiente.”* (Canguilhem, 1990, p.20).

La salud, en tanto que adaptación de la vida a su medio ambiente, se expresa entonces por la duración y la calidad de la vida. Ella se convierte en el nivel colectivo objeto de cálculos y de intervenciones. Ella es el lugar y la oportunidad para el biopoder, fuente de legitimidad para el Estado (Foucault, 1997).

La **salud síquica** se manifiesta por los sentimientos de plenitud, de felicidad, de bienestar. Ella se revela constantemente dinámica en el sentido de que esos sentimientos se muestran huidizos, pues la búsqueda de esos últimos no se termina nunca. Ellos representan la razón de ser de la vida. “El deseo es la condición misma del ser. Todas las informaciones que entran en el cerebro por los órganos de los sentidos (tacto, visión, etc.) son asumidos por estos sistemas deseosos o afectivos. Si no hay deseo, el animal no es más que una estatua de sal. Es a través de estos sistemas de deseos que se crean las amistades, el sentido de pertenencia, es decir, la sociedad” (Vincent, 2002).

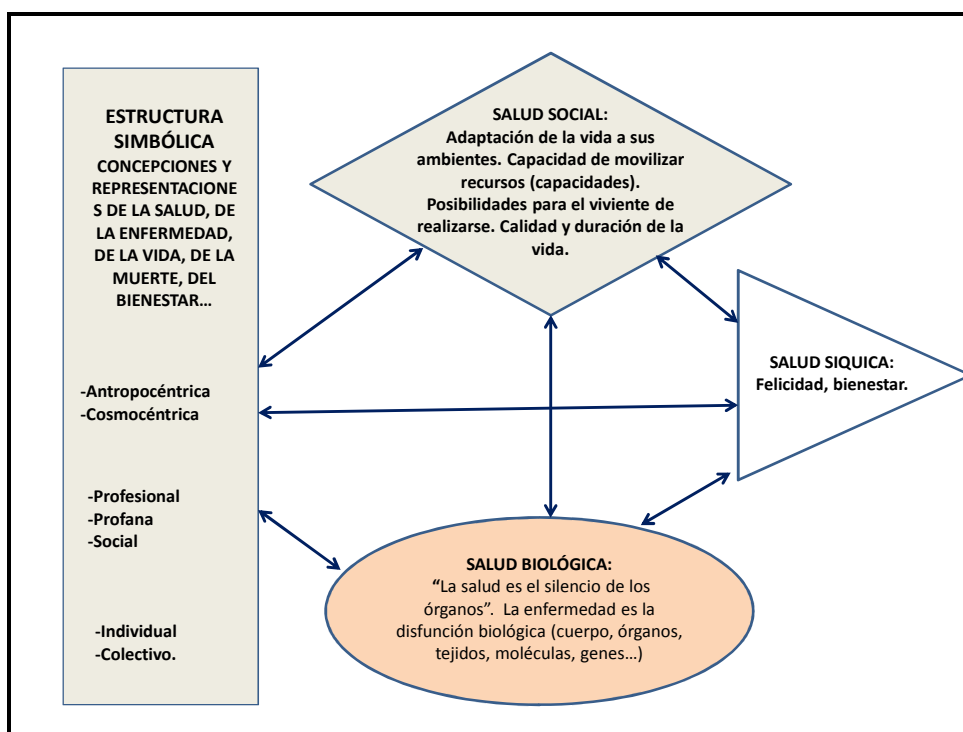


Figura 3: El concepto de Salud.

La salud descansa sobre la capacidad reflexiva del ser humano. La objetivización, o de manera más general, el conocimiento de los tres campos de existencia de la salud que nosotros acabamos de explorar, depende ella misma de la capacidad reflexiva del ser humano, dicho de otra manera, de su capacidad de obtener y adquirir conocimientos sobre sí mismo y sobre las formas de organización social que le permiten existir como individuo y como especie (Morin, 2004). *“Para el hombre, vivir es también conocer. Me comporto bien si soy capaz de asumir la responsabilidad de mis actos, de asumir las cosas y llevar a la existencia, y de crear entre las cosas relaciones que no ocurrirían sin mí, pero no serían lo que son sin ellas.”* Canguilhem, (1992:15). El sentido que los diferentes actores afectados (los pacientes, los profesionales, la sociedad) dan a la vida, a la muerte, al dolor, a la enfermedad...y el nivel de análisis considerado (el individuo, el grupo, la población...) constituyen el sistema simbólico que permite pensar la salud en sus diferentes dimensiones y por ende actuar sobre ella. *“No existe el conocimiento neutro ni la acción neutra. Cuando nuestros sistemas de representaciones se construyen en el cerebro, bajo la forma de redes neuronales, estas se construyen sobre un fondo de afectos”* (Vincent, 2002).

Las representaciones de la salud y de la enfermedad dependen de la posición ocupada en la sociedad y en particular de la relación que una persona tiene con el campo médico. Se puede distinguir, de manera clásica, en la dimensión biológica del concepto salud-enfermedad, la enfermedad diagnosticada o “diagnosticable”¹⁰ (disease) que corresponde a la representación profesional, la enfermedad sentida (illness) que es la representación profana, y la enfermedad en tanto que fenómeno social (sickness) que es aquella de quienes están preocupados por la atención sociocultural de la enfermedad (Kleinman, 1980; Benoist, 1995).

Las cuatro dimensiones de la salud representadas en la figura 3 son interdependientes, pero no existe un común denominador entre ellas. Estas interactúan permanentemente, y están constantemente en tensión. El concepto de salud-enfermedad aparece así como un concepto multidimensional. Ayuda a comprender que la enfermedad profesional que sustrae a un trabajador de un ambiente de trabajo estresante, contribuye positivamente a su salud o incluso que la felicidad constituye simultáneamente la meta buscada y es un factor de resistencia a la aparición de la enfermedad. Ella subraya que la percepción de lo que constituye una enfermedad depende de las representaciones y de la cultura¹¹ (E. Corin, 1996) y que las representaciones íntimas que cada uno se hace la salud y de la enfermedad están al origen de las conductas sociales adoptadas para prevenir la enfermedad en un momento dado en un contexto dado.

La salud aparece, desde ese momento, como un concepto paradójico, complejo, contextual. La salud es siempre huidiza, indisociable de la vida del ser humano y de la especie humana. La salud es un “resultado” al mismo tiempo que es un “recurso”.

La salud no puede estar circunscrita por una sola de sus dimensiones, ella designa una exigencia inevitable de todo ser humano y de todo grupo humano. Ella es, al mismo tiempo, una búsqueda sin fin y el barómetro de nuestros éxitos y de nuestros fracasos individuales y colectivos. El concepto de salud es la vez normativo (Canguilhem, 1966; Arweiler, 2002), en ese sentido que establece la meta a alcanzar, y al mismo tiempo descriptivo, en la medida en que permite apreciar y comparar diferentes situaciones¹².

Dimensión Epistemológica.

Para comprender lo que son los determinantes de la salud-enfermedad de los individuos y de las poblaciones, hay que explorar las dimensiones biológicas, sociales y síquicas del ser humano. Cada una de estas dimensiones constituye un punto de vista sobre la salud-enfermedad y sobre los factores que la afectan. Ninguna de estas dimensiones es independiente de las otras, y, al mismo tiempo, ninguna es suficiente para resumir lo que significa la salud y cuáles son sus determinantes.

La figura 4 ilustra esta idea. Cada dimensión del ser humano está ubicada sobre un eje y los campos del conocimiento pertinentes al análisis de cada dimensión son indicadas.

Las ciencias de la vida ayudan a comprender la dimensión biológica del ser humano. Ellas constituyen los fundamentos sobre los cuales se apoya la medicina para diagnosticar, prevenir, tratar, paliar las consecuencias nefastas de las enfermedades. La clínica, es decir, la medicina en acción *“sin ser ella misma una ciencia...utiliza el resultado de todas las ciencias al servicios de las normas de la vida. Sin embargo, si ella no puede existir más que cuando los hombres se sienten enfermos, es también gracias a su existencia que estos mismos hombres pueden saber de que están enfermos”* (Roudinesco, 1998:35).

Las ciencias sociales tienen como objeto de estudio de los hombres en sociedad. Ellas buscan comprender como los individuos interactúan en un espacio social estructurado. Cuatro grandes perspectivas pueden ser adoptadas para analizar y comprender los fenómenos sociales que se desprenden de las interacciones de los actores en un contexto dado:

La perspectiva económica engloba la producción, la distribución y el consumo de los bienes y servicios. La regulación por los mercados y los precios esta en el centro de la perspectiva económica.

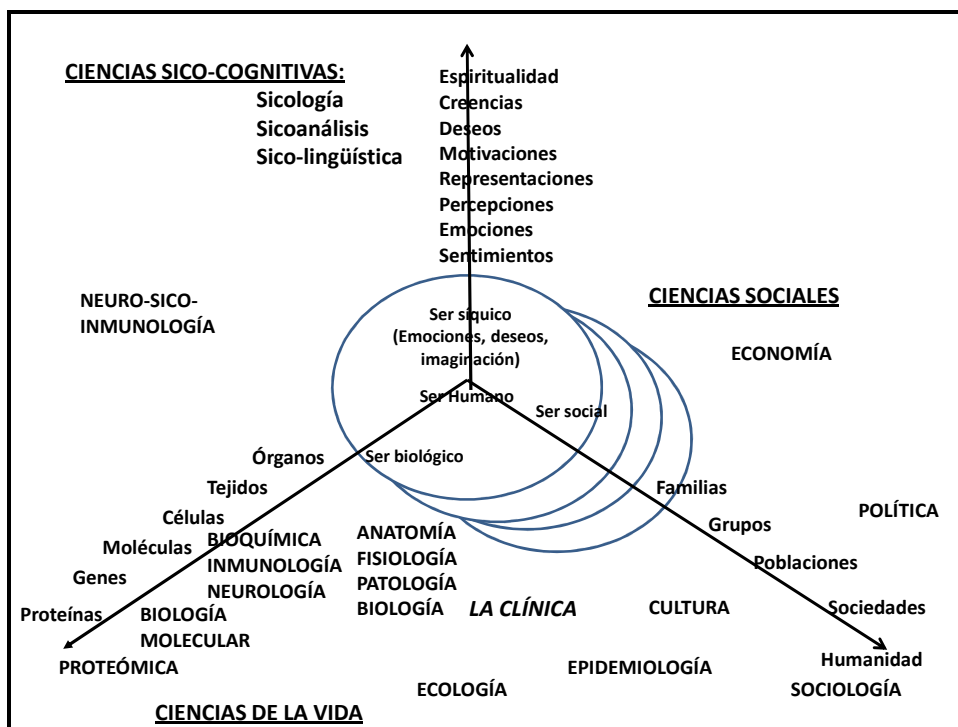


Figura 4: Perspectivas disciplinarias y salud.

La perspectiva sociológica, que trata sobre las interacciones entre los hombres en sus medios sociales y estudia cómo los cuadros sociales de la vida humana están organizados y cómo se estructuran (G. Rocher, 1992), les interacciones entre los agentes sociales estando simultáneamente estructuradas por los cuadros sociales y estructurales.

La perspectiva política concierne la organización y el ejercicio del poder en la Sociedad.

La perspectiva cultural reconoce que la cultura (las representaciones, los valores, el lenguaje) constituye la base de la organización social y de las relaciones entre los individuos.

Las ciencias del campo síquico se interesan en los fenómenos del pensamiento, del espíritu, de la vida mental consciente e inconsciente. Tres grandes perspectivas se pueden distinguir sobre este tema: la sicología, la lingüística y el sicoanálisis.

Si actualmente es ampliamente reconocido que las dimensiones biológicas, sociales y síquicas del ser humano interactúan al seno de la misma persona, no se comprende todavía completamente como el contexto social en su sentido más amplio y en toda su complejidad actúa sobre los individuos para mejorar su salud, es decir, para permitirles que vivan mejor y más tiempo. No se sabe de manera específica y precisa qué modificaciones habría que aportar en el ambiente social para limitar "la usura provocada por los diversos aspectos de las condiciones de vida" (Drulhe 1997:356).

Recae en las ciencias humanas el aportar respuestas a estas preguntas, identificando lo que, en el ambiente social, afecta al individuo tanto en su cuerpo como en su mente. Pero, por un lado, este trabajo no puede ser confiado a una sola de las disciplinas de las ciencias humanas o de las ciencias cognitivas y, por otro lado, debe ser llevado en interacción estrecha con los investigadores

de las disciplinas de las ciencias de la vida. La capacidad para realizar este trabajo interdisciplinario constituye el contexto central de la salud pública en tanto que campo del conocimiento.

Dimensión metodológica.

Reconocer que el ser humano está simultáneamente y de manera indisociable -biológica, social, y física- obliga a hacer interactuar los campos disciplinarios donde las tradiciones científicas y los objetos de estudio se sitúan tradicionalmente muy lejos los unos de los otros. Su acercamiento representa un desafío para el estudio de la salud de las poblaciones. El avance de los conocimientos en este campo descansa en efecto sobre la movilización de los métodos científicos más pertinentes en cada uno de los campos disciplinarios (especialización metodológica disciplinaria) y al mismo tiempo sobre la integración de los resultados especializados en un esquema interpretativo interdisciplinario que queda todavía por explorar y construir. La primera etapa consiste evidentemente en reconocer que la actividad científica se muestra diversificada y que los nuevos conocimientos pueden ser obtenidos por un vasto abanico de métodos cuya validez descansa sobre fundamentos epistemológicos diferentes.

Dimensión Teleológica.

La salud, como lo ha mostrado Canguilhem, es fundamentalmente normativa. Se trata de un concepto que da un sentido a la acción. La finalidad dictada por la salud difiere, sin embargo, fundamentalmente según sea considerada bajo el prisma del individuo o de la población.

Para el individuo, la finalidad de las intervenciones en salud es corregir los desarreglos fisiológicos para encontrar un estado normal. Los debates giran alrededor de los mejores medios para llegar ahí y no sobre su finalidad. (La gente quiere ser atendidas rápida y adecuadamente cuando están sufriendo).

Para la colectividad, es lo inverso. Existe un fuerte consenso sobre la naturaleza de los problemas, pero los debates continúan alrededor del estado social óptimo que los políticos deberían promover. El tema de la equidad está al centro de estos debates.

La protección o la promoción de la salud de la población en el sentido más amplio no puede constituir una responsabilidad que la Sociedad delega a una institución en particular: Ministerio de la Salud; o a un grupo particular: Médicos, trabajadores sociales, grupos comunitarios, etc. La salud comporta una responsabilidad que debe ser asumida por toda la Sociedad. Ella depende de la capacidad del Estado en garantizar a todos, de manera equitativa, el acceso a la educación, en los servicios de salud, a la seguridad y a un ambiente sano. En este sentido, la salud concierne a cada uno de los ciudadanos. Incluye la creación y el mantenimiento de un sistema de atención eficiente que garantice un acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas que sufren. Atender bien a los enfermos es responsabilidad del Estados, que debe asumir esta tarea. Su legitimidad, en este campo, descansa sobre la importancia otorgada en nuestras sociedades a los derechos de la persona humana y, en particular, a la protección de la integridad de la persona¹³, integridad que es cuestionada por la enfermedad y que los servicios de salud, fundamentados sobre los conocimientos biomédicos y el profesionalismo, pueden restaurar.

Pero la responsabilidad del Estado con respecto a la Salud no puede estar limitada a la creación y al mantenimiento de un sistema de atención, por muy buen desempeño que tenga. La naturaleza compleja de la salud permite comprender que el Estado debe simultáneamente asumir su responsabilidad con respecto a la salud de la población, favoreciendo todo lo que permita a la vida

desplegarse lo más plenamente posible y al mismo tiempo velar para que todas las personas enfermas sean tratadas lo mejor posible. Estas grandes responsabilidades se completan en el sentido de que actúan sobre dimensiones diferentes del concepto de la salud, pero no pueden ser sustituidas una por la otra. La articulación de estas dos grandes responsabilidades descansa sobre el buen funcionamiento de las instituciones democráticas. La salud pública pudiera jugar un rol central a este respecto, asumiendo de manera explícita una responsabilidad de vigilancia y de evaluación de las consecuencias sobre la salud de la población, del conjunto de las políticas económicas, sociales y ambientales de la sociedad. Asumiendo esta nueva función, obligaría a la sociedad teniendo explícitamente en cuenta las consecuencias sanitarias de estas decisiones.

La comprensión de toda la complejidad de la salud de los individuos y de las poblaciones, así como de los factores que la afectan, se convierte en elemento esencial para una mejor orientación de las prácticas de los actores, y esto, en cuatro dimensiones:

1. Definir e implementar una verdadera política de salud y de bienestar, que sea coherente con el hecho de que el derecho a la salud (en todas sus dimensiones) constituye uno de los derechos fundamentales de la persona;
2. Concebir programas interdisciplinarios de formación que estén a la altura de los desafíos que surgen del concepto de salud de las poblaciones;
3. Proponer estrategias de evaluación de las consecuencias sanitarias que se desprenden de las decisiones económicas, sociales, ambientales, tomadas para mejorar las alternativas colectivas para debatir sobre ellas basados en información suficiente;
4. Comprender que la salud representa también un recurso que permite a las políticas económicas, sociales, ambientales, alcanzar con mejores resultados sus metas.

Entre más los conocimientos sobre la salud y lo que la afecta vayan afinándose, será más posible proponer políticas eficaces y legítimas. Las políticas fundamentadas sobre conocimientos truncados no pueden, en el mejor de los casos, más que ser imperfectas pero, más probablemente, éstas serán peligrosas pues será imposible discernir sus límites.

Biografía:

André-Pierre Contandriopoulos es profesor titular en el Departamento de Administración de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Montreal e investigador del Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Salud (GRIS por sus siglas en francés). Ostenta un Doctorado en Economía de la Universidad de Montreal y trabaja en el campo de la Salud desde hace ya treinta años. En el transcurso de su carrera, ha asumido en la Universidad de Montreal numerosas tareas administrativas (Director del Departamento de Administración de la Salud, Director del GRIS, Director del Programa de Doctorado en Salud Pública...), ha sido miembro de varios grupos de trabajo gubernamental (el grupo de trabajo sobre la remuneración de los profesionales de la salud, el grupo de trabajo sobre el financiamiento del sistema de atención para la Comisión Rochon, el Foro Nacional sobre la Salud, el grupo de trabajo sobre la salud de las poblaciones del Instituto Canadiense de Investigación Avanzada (ICRA)...), es miembro de la Real Sociedad del Canadá desde 1996. Sus campos de enseñanza, de investigación y sus publicaciones abordan los temas sobre organización y el financiamiento de los sistemas de salud, la planificación de la mano de obra médica, la evaluación de las intervenciones, los determinantes de la salud de las poblaciones y las políticas de salud. Tiene una amplia experiencia en enseñanza y de consultorías no solamente en Québec y en Canadá, sino que también en Europa, en África y en América Latina. Es autor de varios libros y numerosos artículos científicos.

Abstract

Although there is a large consensus regarding the principles and determinants of health which underlie accepted notions of what our health care system should be, what public expectations are for it and the role of the state in providing it, few studies focus attention on the essence of health itself. Considering the indivisibility and complementarity of health and disease, we propose a topography for the concept of health based upon an exploration of the following dimension ; ontological, epistemological, methodological and teleological.

Health is a fundamental quality of human existence that can be expressed through each of the following four dimensions : biologic, social, psychic and rational. To draw an accurate picture of the complexity of the health-disease concept, interconnected knowledge from biomedical science social science and behavioral sciences are required. To build up knowledge in this area, we need to combine the scientific methods best suited to each of the related disciplinary fields (specialization of disciplinary methodology) and integrate specialized results in an interdisciplinary and interpretative framework. As knowledge on health and its modifying factors increases, it will become easier to formulate efficient and legitimate healthcare policies.

Referencias bibliográficas.

Almeida, F.N. (2006). Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé. *Ruptures*, 11 (1).

Artaud, A. (1984). *Œuvres complètes I*. Paris : Gallimard.

Arweiler, D, Contandriopoulos, A.P., Bibeau, G.&Gomez, M. *Le concept de santé : la contribution des sciences sociales*. Québec:Presses de l'Université Laval (en préparation).

Arweiller, D. (2002). *L'économie face à la santé*. Thèse de PhD, Université de Montréal.

Barer, M.L., Evans, R.G., Hertzman, C.,&Johri, M. (1998). *Lies, damned lies, and health care zombies : Discredited idea that will not die*. University of Texas-Houston, Health Policy Institute, HPI Discussion paper #10.

Beck, U. (1986). Culture politique et évolution technique: la fin du consensus sur le progrès et subpolitique de la médecine – étude d'un cas limite. In *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité* (p. 428-451). Paris : Alto-Aubier.

Benoist J. (1995). Illness, disease, sickness :Visages et masques de la maladie. *La recherche Supplément* au no 281, novembre 1995 : 7-9.

Blais, F. (2003). Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire ? Pourquoi est-ce si difficile?. *Éthique publique*, 5 (1), 9-14.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: Quadrige, PUF.

Canguilhem, G. (1990). *La santé, concept vulgaire & question philosophique* (p. 9-36). Toulouse : Sables.

Canguilhem, G. (1992). La santé, vérité du corps. In M.A. Bernadis M-A (Éd), *L'homme et la santé*. Paris : Seuil.

CESSSS (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec :MSSS.

Contandriopoulos, A.P. (1999) : «Pourquoi certaines populations vivent-elles plus longtemps que d'autres? De l'avantage d'être riche, cultivé et japonais ». *La recherche* (Spécial) ; (juillet-août) ; no 322, 102-105.

Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures*, 9 (2), 4-31.

Contandriopoulos, A.-P., de Pouvoirville, G., Poullier, J.-P., Contandriopoulos, D., (2000). À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle. In Pomey, M.-P., Poullier, J.-P., Lejeune, B., *Santé publique – État des lieux, enjeux et perspectives*(p. 637-667). Paris: Édition Ellipses.

Corin, E. (1996). La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie. In Evans, R.G., Barer, M.,& Marmor, T. *Être ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris et Montréal : John Libbey Eurotexte et Les Presses de l'Université de Montréal, (p. 103-141).

Drulhe, M. (1997). *Santé et société : le façonnement social de la santé*. Paris: PUF.

Evans, R.G (2002). *Interpreting and addressing inequalities in health : from Black to Acheson to Blair to... ? 7th Annual Lecture*, Office of Health Economics. London.

Evans, R.G. (2002). *Getting to the roots : Health Care Financing and the Inegalitarian Agenda in Canada*. Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Ottawa, June 3.

Evans, R.G., Barer, M.,&Marmor, T. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé:Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris et Montréal : John Libbey Eurotexte et Les Presses de l'Université de Montréal.

Elementos para una "topografía" de concepto de la Salud. André-Pierre Contandriopoulos.
En **Ruptures**, Revista Interdisciplinaria de la Salud, Vol 11 No 1, 2006, pp.86-99. Página 13.

Forum National sur la Santé (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*. Gouvernement du Canada, Ottawa.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris:P.U.F.

Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France. Paris : Gallimard, Seuil.

Fries, J.F. (1989). The Compression of Morbidity :Near or Far ? *The Milbank Quarterly*, 67 (2), 208-232.

Glouberman, S. (2001). *Towards a New Perspective on Health Policy*. Rapport CPRN, Study No. H/03, Renouf Publishing Co. Ltd.

Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A.,&Lert F. (2003) Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités sociales en santé. *Revue d'épidémiologie et santé publique* 51 (4), 381-401.

Houtaud, A. (1999) *La santé à travers les sciences humaines et sociales: approches linguistique et sociologique*. Paris :Masson

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture* Berkeley : University of California Press.

Kleinman, A. (1986). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In C. Currer, M. Stacey (Eds.), *Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective* (p. 29-47). Oxford, Berg Publishers.

Légaré, J. (2003). Le choc démographique. In M.Venne&al., *Justice, démocratie et prospérité. L'avenir du modèle québécois* (chap. VI, p. 93-99). Québec Amérique.

Lock, M. (2002). «Symptom reporting at menopause : a review of cross-cultural findings». *Journal of the British Menopause Society*, December 2002, 8 : 132-136.

Meslé, F.,&Vallin, J. (1992). Santé et démographie: les conséquences du progrès de la médecine. In *L'homme et la santé* (p. 237-243). Ouvrage cité à l'exposition « *L'homme et la santé* » présentée à la Cité des sciences et de l'industrie de la Villette. Paris:Seuil.

Morin, E. (2004). *La méthode 6 : Éthique*. Paris : Seuil.

Parsons, T. (1978). Action Theory and the Human Condition, Chapter 3 (p. 66-81). In *Health and Disease: A Sociological and Action Perspective* ». London, The Free Press.

Roudinesco, E. (1998). Georges Canguilhem, de la médecine à la résistance: destin du concept de normalité. In *Actualité de Georges Canguilhem : le normal et le pathologique*. Synthélabo, Leplessis.

Vincent, Jean-Didier (2002). La biologie des passions. *Le Devoir*, 28 décembre 2001.

Notas

¹ El viejo adagio “Es mejor prevenir que curar”, a pesar de su aparente sabiduría, no es de gran utilidad para los tomadores de decisiones.

² La afirmación de H.L. Mencken “*Para cada problema complejo corresponde una respuesta simple, clara, plausible y falsa*” citada por Barer, Evans, Hertzman y Jorhi (1998), se aplica perfectamente a la idea que es suficiente prevenir la enfermedad para mejorar la salud.

³ Alto Comité de la Salud Pública (1994). *La salud en Francia, Informe General*. Paris. La Documentation française.

⁴ La definición clásica de la salud adoptada por los 191 países miembros de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia en Alma Ata en 1978, es: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en una ausencia de enfermedad. Es un derecho humano fundamental.

⁵ Éste enfoque ha sido objeto de una investigación sobre la concepción de la salud en las diferentes ciencias sociales que ha permitido seleccionar los textos fundamentales de las reflexiones sobre este tema. Estos serán publicados en el libro: Arweiler, D, Contandriopoulos, AP, Bibeau, G, Gomez, M, *El Concepto de la Salud: La contribución de las ciencias sociales*. Québec: Presses de l’Université Laval (en preparación).

⁶ Para E Morin (2004), las tres instancias que caracterizan al ser humano “*individuo-sociedad-especie*” están inseparablemente vinculadas en trinidad. *El individuo humano, en su autonomía misma, es al mismo tiempo 100% biológico y 100% cultural. Es el punto de un holograma que contiene el todo (de la especie, de la sociedad) y manteniendo al mismo tiempo irreductiblemente singular. Comporta en sí una herencia genética y al mismo tiempo la imprenta y la norma de una cultura. No podemos aislar a los unos de los otros, la fuente biológica, la fuente individual y la fuente social, aunque podemos distinguirlas una de la otra*. (pp.13-14). La misma idea está presente en Parson (1978) “*Man –though very obviously an organism in the biological sense- is more than an organism. He is a behaving system, a personality, a member of structural social systems, and a participant in cultural systems and patterns of meaning of what is sometimes called “the human condition”*” (p.67).

⁷ Citado por Roudinesco (1998).

⁸ “*Por supuesto, la salud es el único ideal admisible, el único al cual, lo que llamo un hombre, tiene el derecho de aspirar; pero cuando es dado de golpe a un ser, le esconde la mitad del mundo*” escribía Jacques Rivière muy poco antes de suicidarse, a Antonin Artaud (Artaud 1984:46).

⁹ Canguilhem, G. (1966). *Lo normal y lo patológico*. P.U.F., Paris. (p.131)

¹⁰ Neologismo utilizado para indicar todo lo que la ciencia médica podría diagnosticar como enfermedad en tanto que mal funcionamiento biológico y síquico, si el conjunto de los miembros de una población fuera sometida a todos los test diagnósticos disponibles en un momento dado, cuenta tenida del desarrollo de la ciencia médica. La enfermedad diagnosticada constituyendo un subconjunto de la enfermedad “diagnosticable”.

¹¹ A título de ejemplo, se puede notar que no existe palabra en Japón para designar la menopausa (M. Lock, 2002).

¹² A ésta última definición es que hace referencia el mandato del Comisario para la Salud y el Bienestar de Québec.

¹³ Idea que ha sido formalmente retomada en las Cartas por los Derechos y Libertades de la persona en Québec.