

# ARTÍCULO

## Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en Salud Pública y Salud Colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.

Núñez-Dentin Norma<sup>1</sup>

Recibido: 11 de marzo de 2018  
Aceptado: 14 de mayo de 2018

### Resumen

Tocando el contexto nacional e internacional se trae a discusión la polémica definición de Salud Pública creada por Charles Winslow en los años 20; entre las acusaciones, los silencios suscitados o no y los apoyos a medias, en referencia a: su visión de organización para garantizar libertades y derechos, su consideración de la vivienda, su relación con los movimientos colectivos, se trabaja el vínculo con tendencias en las políticas públicas; además, su relación histórica durante el siglo XX y XXI, con la producción y distribución de la renta petrolera. Se asocian puntos críticos con la evolución de la *época de oro* y con la del actual Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en el marco de la Ley-Plan de la Patria 2013-2019. Se analizan críticamente limitaciones del Reporte Lalonde (1970) y de la Carta de Otawa (1986) utilizadas por el orden hegemónico internacional para orientación de políticas públicas. Se destaca que a partir de 1999 en Venezuela se consolida el rango constitucional del derecho a la salud como parte del derecho a la vida y su impacto en la direccionalidad y viabilidad del proyecto nacional, en soberanía y democracia participativa y protagónica. Hecha la arqueología de la construcción, definición y acción de la crisis y de la nueva Salud Pública, se entra en la Salud Colectiva como constitución de un movimiento social de sujetos históricos, sujeto colectivo como pueblo organizado, en el que entra el pueblo académico, contra las desigualdades sociales y por el *vivir-viviendo* en soberanía e inclusión social.

**Palabras clave:** Arqueología del saber, Charles Winslow, Salud Pública, Salud Colectiva, Sujetos colectivos.

### Introducción

Entramos en el discurso y la realidad de la Salud Pública contemporánea por la vía de la arqueología. No lo sabíamos hasta que avanzando en el tema, descubriendo briznas de antecedentes, se hizo claro el vínculo entre saber y poder, ocultos y presentes, en las luchas por las libertades y derechos que nos pertenecen por nacimiento. El texto intenta servir, reconocer, resistir y celebrar.

El paradigma de la salud pública surge en los estados modernos europeos, fundamentalmente en Francia y en Alemania durante el siglo XVIII, a través de procesos históricos que tienen mucho que ver con proyectos de reforma moral de las sociedades y códigos higienistas

<sup>1</sup>Socióloga. PhD en Salud Pública con subespecialidades en Epidemiología y en Ciencias Ambientales. Profesora Titular, jubilada activa, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Miembro ad honorem del Centro de Estudios en Salud Colectiva y Derecho a la Vida. CESACODEVI-UBV.

correo electrónico:  
normanun@gmail.com

para el control de la población. Así comienzan un interesante trabajo los autores Galeano, Trotta y Spinelli (2011). Seguidamente, citando a Jairnilson Silva Paim, los mismos autores indican:

*El higienismo latinoamericano, desarrollado como racionalidad política desde mediados del siglo XIX, implicaba una institucionalización de la medicina social y de sus más ambiciosos proyectos de intervención, muchas veces limitados por las resistencias del liberalismo. En cambio, ya durante la posguerra en el siglo siguiente, el paradigma de la "medicina preventiva" promovido desde los Estados Unidos de Norteamérica vino a ofrecer un nuevo esquema de atención a la salud que articulaba la práctica privada con la salud pública a través de dispositivos específicos como la "medicina comunitaria" o la "medicina familiar.*

En este artículo estaremos zigzagueando entre esos acontecimientos históricos y alguno autobiográficos, a fin de situarnos en la trascendencia de los componentes ideológicos de los discursos, del significado de las concepciones y definiciones. Siguiendo rasgos destacados, se entra en la operatividad de los dispositivos específicos y en los esquemas de atención a la salud para los cambios políticos vislumbrados o no como deseables. También en los límites y las posibilidades de la direccionalidad de las políticas, en este caso, de las que particularmente conciernen la salud de la población. Ello en el marco de lo mencionado y otros componentes: [la irracionalidad y] la racionalidad política dominante y las luchas por los espacios que las resistencias al liberalismo y las tensiones creativas de [una] revolución (García Linera, 2011), logran conquistar. Se trata de algunas lecciones recibidas, siempre importantes para la comprensión y explicación de los enlaces históricos que nos conducen en forma recurrente al pasado; a algunas rupturas y/o acercamientos con él y con los futuros hoy presentes; también a los logros posibles en medio de aperturas y transiciones significativas.

En efecto, encontraremos particular ayuda en referentes aportados en la presentación

de una singular obra: la de los compiladores Juan José Martín Frechilla y Yolanda Texera Arnal (2005), donde se traza el impacto de una historia indisolublemente ligada al desarrollo de la medicina preventiva y social y de la salud pública en Venezuela: la historia del petróleo y de la redistribución de la renta petrolera.

80 años atrás, los acontecimientos narrados y analizados por diferentes autores en la obra que compilan Martín y Texera, precisan que gracias a los beneficios fiscales provenientes del petróleo fue posible no solo transformar radicalmente las dimensiones y los alcances de todo el aparato institucional y legal del Estado venezolano, sino también construir espacial y socialmente una estructura territorial y urbana distinta con visos de modernidad (...) a fin de avanzar en el necesario camino nacional [del mejoramiento de las condiciones de vida y] de la innovación. Eso que se reconocía entonces como una ventaja para "la modernización" y que también ocurre hoy día en el devenir de la revolución bolivariana, de nuevo se discute, se debate, se sostiene y/o se rechaza, en el marco de los referentes ideológicos y de los intereses en juego. Recientemente, tanto como en los años 90, analistas petroleros percibidos como voceros de los intereses neoliberales, cuestionan las decisiones de Estado en función de intereses económicos (Quiroz, 1992). Algunos declaran: Petróleos de Venezuela (PDVSA) deriva un monto considerable de sus ingresos al subsidio y fortalecimiento de las misiones sociales, tarea asignada que no le corresponde (Quiroz, 2014).

Es interesante al respecto comenzar por introducir el razonamiento de Mauro Casa González (2012) acerca de las explicaciones de corte institucionalista sobre los resultados de las políticas públicas presentan importantes fortalezas justamente para el "juego político" y para [interpretar, cuando se hace necesario] el análisis de sus procesos de formulación de políticas. A diferencia de lo que respecta a lo que trata Casa González, no pocas veces, se habla con "insignificancia". Milan Kundera, en un texto así llamado, nos explica: hay siempre quien gusta de hacer luz sobre los problemas más serios y al mismo tiempo no pronunciar una sola frase seria, estar fascinado por la realidad del mundo

*contemporáneo y al mismo tiempo evitar todo realismo* (Kundera, 2013).

Para reafirmar nuestra propia elección, y en el uso de un juego de palabras, nos apoyamos en otro planteamiento de Casas González (2012) cuando habla de los resultados de las políticas públicas. Nos dice: *ese posicionamiento es claro desde un marco conceptual que se ajusta perfectamente al caso de Venezuela*. Tomamos en cuenta en nuestro análisis de los temas que estaremos proponiendo, la coincidencia con su observación acerca de que un constructo analítico cualquiera *no debe dejar de considerar el peso e influencia de una variable clave para comprender las dinámicas del proceso de formulación de políticas en Venezuela, como lo es la renta proveniente del petróleo; principal producto de exportación venezolano desde las primeras décadas del siglo XX. Dicha variable –y sus oscilaciones de precio y consumo internacional- es mucho más que mero contexto para las instituciones políticas. Constituye un elemento definitorio del cómo se trabaja el proceso de formulación de políticas y de sus resultados* (Casas González, 2012).

Como apoyo a las argumentaciones y en coherencia con la anterior afirmación, incluimos ahora algunos datos que nos dan una señal acerca de cómo en Venezuela, en la práctica, se han jugado y se juegan esas decisiones y esos intereses, que se evidencian en las definiciones y resultados de las políticas sociales, con sus impactos en diversos sectores de la vida de los pueblos; particularmente elegimos aquí lo que toca más directamente elementos clave del campo de la salud pública. En la figura 1, se observa el comportamiento de los datos de inversión social del Estado venezolano y de ingresos del sector público restringido, durante dos períodos históricos correspondientes en primer lugar a la IV República (1988/1998) durante el bi-partidismo nacido del “Pacto de Punto Fijo” entre Acción Democrática y el socialcristianismo de COPEI; en segundo lugar los datos refieren a la V República, la correspondiente al transcurrir Gobierno Bolivariano (Eljuri, 2012).

Los datos son proporcionados por la Oficina Central de Presupuesto del Banco Central de

Venezuela y el Instituto Nacional de Estadística, con cálculos del Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas. Refieren que la inversión social promedio durante el período 1986-1998 (IV República) corresponde al 36,2% de los ingresos del sector público mientras corresponde al 60,7% promedio durante el período 1999-2011.

No creemos necesario entrar ahora en preguntas ni en consideraciones y explicaciones acerca de los fundamentos ético-políticos y filosóficos, o de las razones que condujeron a ese incremento del orden del 24,5% con respecto al promedio de período 1986-1998.

Lo que proponemos seguidamente en esta Introducción, es pensar ese incremento en función de su impacto en áreas como salud, educación y seguridad social, que en efecto han sido *las que mayor inversión económica han recibido durante los años de gobierno revolucionario, lo cual se refleja en mejoras en el modo y la calidad de vida de los venezolanos* (Eljuri, 2012).

En 2014, datos correspondientes a declaraciones del Vicepresidente para el Área Económica y a la vez Ministro de Petróleo y Minería, Rafael Ramírez, confirman que la gestión del gobierno venezolano ha mantenido una inversión social que representa el 62,5% del total de ingresos entre 1999 y 2012. Ello equivale a decir que, de los 833.089 millones de dólares que generó el país en dicho período 551.639 millones de dólares se han destinado a las misiones y demás programas sociales (AVN, 2013). Las Misiones Sociales son estrategias de gestión y acción, masivas, orientadas a garantizar los derechos fundamentales a la población, con énfasis en derecho a la vida digna, para todos y especialmente para los sectores más excluidos.

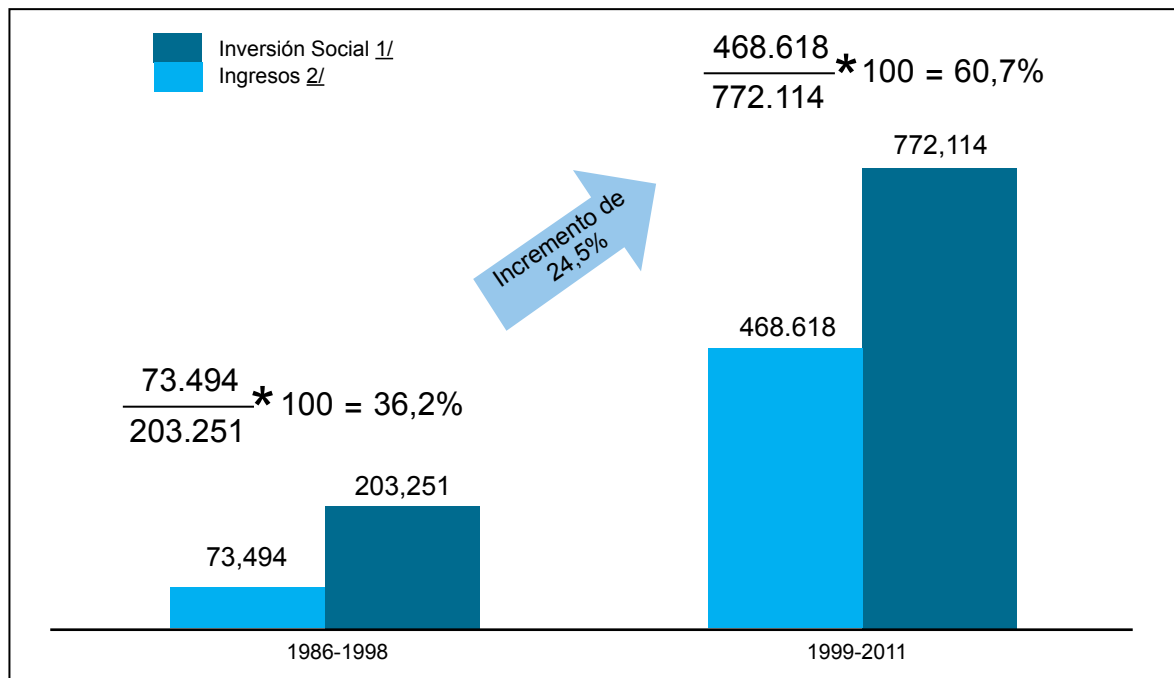
Como datos contraparte y en referencia a los presentados en la figura 1, se incluyen en las figuras 2 y 3 series con las cuales pueden establecerse hipótesis de asociación altamente sensibles en el campo de la salud pública. Nos referimos respectivamente, a la tasa de mortalidad infantil (TMI, figura 2), y a la tasa de mortalidad de menores de 5 años y la de desnutrición, también en menores de 5 años (Ver figura 3).

#### ARTÍCULO

Winslow *¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.*

Núñez-Dentín Norma

Figura 1  
Inversión Social e ingresos 1986 / 1998 - 1999 / 2011



1/: Comprende administración central, gobernaciones, alcaldías, PDVSA y FONDEN

2/: Comprende los ingresos del sector público restringido consolidado

Fuente: Oficina Central de Presupuesto, ONAPRE - Banco Central de Venezuela, BCV. Instituto Nacional de Estadística, INE. Cálculos propios. Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas, MPPPF. Cálculos propios.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2012) reporta un descenso sostenido pero irregular de la TMI desde mediados de los años 90, habiéndose afianzado el mismo desde el año 2003 en adelante, cuando se observa el descenso de la TMI desde 18,49 por 1000 nacidos vivos, a 13,95 en 2010. No se disponen de cifras más recientes aunque algunas proyecciones no oficiales señalen que para 2013 se observaría una TMI del orden de 14,1 por 1.000 nacidos vivos (VENESCOPIO/CISOR, s/f), correspondiente a la tasa 2006 exhibida en esa misma figura. Por el contrario, y en complemento del análisis, incorporamos datos de la revista internacional The Lancet.

En un análisis internacional de los componentes de la mortalidad infantil 1990-2013 (Wang, Liddell, Coates y cols, 2014) incluyen observaciones que parecieran contradecir esa última predicción. Afirman respecto a las tendencias en la mortalidad de los menores de 5 años, a la que nos referimos en la figura 3: Venezuela se encuentra entre los países que han tenido una tasa de descenso más rápida que la esperada. Sabemos el alto peso de

la tasa de mortalidad infantil en la mortalidad de menores de 5 años.

En correspondencia, tal como se observa a continuación en la figura 3, la tasa de mortalidad en menores de 5 años también presenta una sostenida tendencia fija decreciente desde 1994, con la excepción del pico también señalado en la descripción de los datos presentados en la figura 1, correspondiendo el pico regresivo a los años 2002-2003, año del golpe de Estado contra el gobierno del Presidente Chávez (Romero Martínez, 2009).

También con respecto a la tasa de desnutrición en los menores de 5 años, se observa un descenso sostenido a partir del año 2004. Ha sido reportado a su vez, en múltiples fuentes, que en el año 2008 Venezuela alcanza el objetivo de las Metas del Milenio de reducir el déficit nutricional en menores de 5 años; en 2011 la reducción de ese mismo déficit alcanza el 62,7%. En efecto, en 2013 la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) incluye a Venezuela entre los países que se adelantaron al 2015,

Figura 2.

Tasa de mortalidad infantil de niños menores de 1 año, 1990 - 2010



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

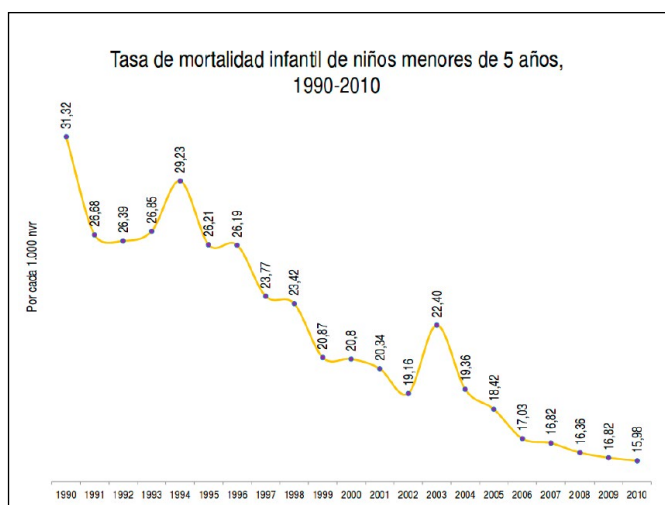
fecha estimada para la evaluación del alcance de los objetivos propuestos en las llamadas internacionalmente “Metas del Milenio”. El director general de la FAO para el momento, José Graziano Da Silva, enfatizó que lo alcanzado demuestra que con una fuerte voluntad política, coordinación y cooperación es posible lograr reducciones rápidas y duraderas del hambre (MPPRE, 2013). En 2014 la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), anuncia que en honor al

comandante Hugo Chávez, bautizará con el nombre de este presidente venezolano su nuevo programa para erradicar el hambre en Latinoamérica (Telesur, 2014).

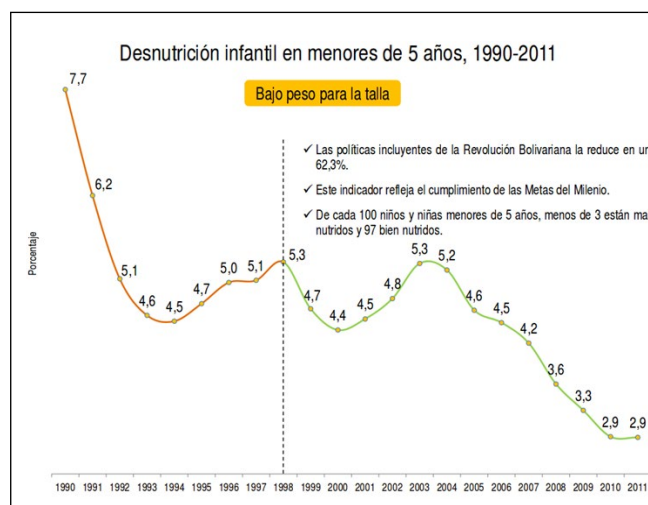
Otro dato de interés es el que proporciona el Coeficiente de Concentración de Gini para medición de las desigualdades sociales a través de la distribución del ingreso en los hogares donde la magnitud más cercana a un punto indicaría máximo de desigualdad observada. El

Figura 3.

Venezuela: Tasa de Mortalidad y de desnutrición en niños menores de 5 años 1990 - 2011.



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud



Fuente: Instituto Nacional de Nutricional, INN

ARTÍCULO

Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.

Núñez-Dentín Norma



coeficiente obtenido por Venezuela muestra su descenso desde 0.498 puntos en 1999 a 0.394 en 2010, lo cual a su vez refleja el alcance de metas principales como la reducción de la pobreza extrema y el alcance de la inclusión social; objetivos que se han venido logrando gracias a programas sociales y científicos focalizados en las poblaciones más vulnerables. En efecto y a su vez, Elías Eljuri (2011) reporta: este Coeficiente se traduce en una reducción del porcentaje de apropiación del ingreso nacional por parte del 20% más rico de la población de un 53,4% en 1998 a un 44,8% en 2010; mientras que el 20% más pobre pasó a aumentar su participación en la redistribución del ingreso nacional, de un 4,1% en 1998 a un 5,7% en 2010 y, en general, todos los sectores agrupados en los quintiles intermedios también aumentaron su participación en la distribución del ingreso del país.

Destacando la definición de Kornblith (1997) y su afirmación sobre la importancia *del petróleo*

*en la vida política*, [y su referencia a que es tan importante], *que la consolidación de todo proyecto emergente aparece vinculada al control del producto y su renta* [expresándose tal] relación entre el Estado y la nación (...) *en la distribución de la renta*, el autor Mauro Casa González (2012), que venimos de referir, plantea en su estudio 2012 que a su vez él retoma de Kornblith la afirmación de que *en Venezuela existe una correspondencia estrecha entre la democracia política y el desarrollo socioeconómico*. De acuerdo a Elías Eljuri (2012) la estrategia nacional consiste en avanzar como un bloque latinoamericano y caribeño (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América; Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños y la Unión de Naciones Suramericanas), en medio de la crisis del capitalismo, para proteger los derechos sociales de los pueblos, de forma conjunta.

## Salud pública: algunas notas para comprender la gestión, en Venezuela y en lo internacional

Continuamos este espacio de arqueología y reflexión, tratando de ubicarnos en qué es lo que quisiéramos encontrar para saber interpretar el acontecer de la Salud Pública, en esa Latinoamérica en la que decíamos inicialmente que comenzaba a ser indisociable la historia del petróleo y la de la introducción de la Medicina Preventiva y de la Medicina Social en las políticas públicas y en los correspondientes procesos de formación; relaciones indisociables particularmente en la Venezuela que arrancaba en 1917, dándose a conocer como la del *gran laboratorio petrolero* (Cilento, 2005). A partir de ese tiempo, como en el presente, la producción y distribución de la renta petrolera, comienza a moldear el gasto público y la inversión. A partir de los años 30, fue claro como desde entonces se pudieron comenzar a sostener los planes de salud pública con la erradicación de la malaria y desde allí fortalecer lo que hoy son los planes de protección y seguridad social para toda la población; cabe decir: trabajo, producción social, alimentación, salud, educación, vivienda, en lucha por la erradicación de la pobreza y lucha

contra las desigualdades y por la inclusión social; parto humanizado, salud integral, organización y poder popular, seguridad y vida, deporte (RBV, Plan de la Patria 2013-2019; AN, 2013). Tal como lo señala el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV): [organización en] *políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios*; hacia la construcción de viabilidad de una utopía concreta, en el marco de la “Suprema Felicidad Social” (Bolívar, 1819; Chávez, 2012, Asamblea Nacional, 2013 y Mata y Cols., 2017).

Para Edmundo Granda (2004) la Salud Pública convencional ha organizado su base de sustento sobre un trípode constituido por: 1) el pensamiento centrado alrededor de la enfermedad y la muerte; 2) el método positivista o naturalista para el cálculo del riesgo de ocurrencia de enfermedades en la población, con el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y 3) la preeminencia del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el

apoyo a la gestión de los servicios de atención médica. Para nuestros efectos, vale la pena ver esa perspectiva y sus cambios en acción, en el marco concreto de, por ejemplo, el desarrollo de la salud pública en Venezuela; también al tratar sobre la diferenciación disciplinaria entre la Salud Pública, la Medicina Social y la Salud Colectiva, es decir, a lo que Granda llama *la unidad en la acción*; este autor destaca que se trata, es de que la unidad de esos movimientos sociales y propuestas puedan identificarse en cuanto programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con el aporte de voluntades diversas y métodos consensuados (Granda, 2004a). Granda venía de preguntarse con preocupación e interés, en 1999 ¿hacia dónde iba la salud pública? (Granda, 2004b). En sus respuestas expresaba en primer lugar su preocupación porque los cambios que ocurrían [*¡y ocurren!*] en el mundo eran sumamente violentos y globales, desordenando rápidamente las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales dentro de las que nos habíamos acostumbrado a vivir.

Claro, leyendo a Edmundo Granda se diría que ¿para qué seguir escribiendo si todo está dicho?. Planteaba por ejemplo:

*La Salud Pública es una práctica social/multidisciplinaria/acción estatal joven que intenta interpretar y actuar sobre los públicos o colectivos humanos con miras a promover su salud, prevenir las enfermedades y apoyar el tratamiento y rehabilitación de las mismas, haciendo uso de los conocimientos, saberes, prácticas y tecnologías disponibles. En esa medida, las transformaciones conceptuales, tecnológicas, sociales, políticas, culturales que actualmente ocurren en el mundo, producen grandes “desórdenes” al interior de las disciplinas aplicativas como la Salud Pública (...), no se alcanza a entender cómo se reconfiguran sus potencialidades y limitaciones prácticas y cómo podrá dar respuesta ante las nuevas demandas que se generan desde el Estado y la sociedad (Granda, 2004b).*

Pero es que en el mismo párrafo Granda nos va a dar la respuesta del ¿por qué? esa necesidad de

seguir analizando y re-analizando el problema: habla de los cambios y los desórdenes que siguen al día, incesantes, tal vez con los mismos objetivos más modernizados o contemporáneos, pero bajo nuevos métodos, variadas exigencias y nuevas representaciones, lo cual no cesa de interpelarnos y de exigir nuevas respuestas.

Y es que las polémicas, los cuestionamientos, las búsquedas de alternativas, no son en vano. Todavía en el reciente 2013, en Editorial del “Public Health Journal”, Henning Cramer (2013) se hace algunas de las mismas preguntas que se planteaba Granda, para responderse: ¡la salud pública es un asunto multifacético! Añadía además: Los propósitos de la salud pública en el mundo implican algunas características específicas. Entre ellas, y citando a autores específicos en cada tópico, destaca: 1) La salud pública es una cuestión mundial; 2) Los investigadores en salud pública utilizan un amplio espectro de métodos y 3) En realidad, la salud pública no es en sí misma una disciplina genuina, sino que compromete a diferentes disciplinas. Al llegar a este punto, añade, que hay que revisar (entre otros autores) la definición de Winslow 1920. Cramer concluye, que la Salud Pública contiene y perpetúa una aproximación, un punto de vista multi-método, multi-disciplinario. El asunto central es que ni en ese, ni en el trabajo de muchos otros autores llega a expresarse y cuestionarse el ¿por qué?.

Buscaremos entender tal vacío en el marco de una cita a otros autores hecha por el mismo Edmundo Granda (2004b) en su búsqueda de respuestas a lo que llamó la crisis de la salud pública. Refiere entonces a la definición de “crisis” propuesta por Bégin y Morin (1976) quienes, a su entender, se la plantean como ambivalencia pero queriendo discutir su polivalencia. Particularmente Morin (1976) planteaba que en su origen la palabra Crisis significaba decisión, el momento decisivo en la evolución de un proceso incierto que permitía un diagnóstico, pero que –por oposición– la palabra pasó a significar confusión, indecisión, momento de perturbación e incertidumbre. Para Morin (1976) la crisis crea las condiciones nuevas para la acción, con salidas regresivas o progresivas. Granda recupera la significación de la crisis como *el momento de verdad (en el que el objeto*

#### ARTÍCULO

Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.  
Núñez-Dentín Norma

se aferra al espacio actual) y la emergencia evolutiva (hacia un espacio potencial). La noción de crisis, siempre la crisis, es tratada por sus proponentes bajo el ángulo de las dinámicas sociales, culturales y económico-políticas que ella misma engendra. Para ellos el debate sobre la noción de crisis tiene por fin intercambiar sobre su experiencia, a veces tan problemática (IIAC, 2012).

Para explicarnos elementos de la crisis de la salud pública en Venezuela recurrimos a la narración expresada en documento extenso y relativamente reciente sobre políticas de salud 2009-2013/2018, con el punto de vista del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2009). Los autores parten de una mirada a la historia, sus instituciones, sus Constituciones y sus crisis. Para comenzar, vale la pena leer con atención dos notas puestas en contexto; una de Ricardo Archila y otra de Pedro Luis Castellanos, incluidas en ese documento. Parecen establecer antecedentes, pista importante para la comprensión de vicisitudes y ¿por qué? en la historia de la salud pública y del derecho a la salud en la Venezuela. De los años 20 en adelante, hasta los años 80 y sobre todo los 90, trazan elementos en los que se visualiza cómo en diferentes períodos se van conformando nuevas institucionalidades de la salud en el país, que se descubren como contrarias a la salud pública; afirman que son institucionalidades de corte liberal y anti-popular. Pero también en el mismo documento los autores establecen los rasgos definitivos de la nueva direccionalidad política a partir de 1999 con el Presidente Hugo Chávez. Escriben (MPPS, 2009):

*Con el advenimiento de la exploración y explotación petrolera emerge la dictadura de Juan Vicente Gómez y [el] florecimiento [de la salud pública] fue truncado. Durante el régimen gomecista, apoyado por los gobiernos imperialistas de los Estados Unidos, la salubridad pública “se detuvo, lo mismo que la marcha general del país (...) y la situación, en suma, retrocedió en muchos aspectos a la etapa medieval (Archila, 1957)”. En esta época solo se desarrollaron aquellas intervenciones sanitarias que favorecían la exploración y explotación*

*petrolera, mediante saneamiento de algunos territorios y el control de algunas enfermedades transmisibles. Aquella fue una etapa de cesión total de nuestra soberanía en materia de salud pública, a tal punto que “entre 1926 y 1927, el Ingeniero Jefe de la Misión de Ingeniería Sanitaria de la Fundación Rockefeller en Venezuela, Thorndike Saville, fue designado Jefe del Servicio de Ingeniería Sanitaria de Venezuela” (Castellanos, 1970).*

Posteriormente señalan,

*(...) el largo período de predominio de la Salud Pública como derecho y responsabilidad estatal, iniciado en 1936, cerrado en los años 60, se tradujo en el desarrollo de una eficiente red de servicios de salud, control de endemias rurales, ampliación de cobertura sobre todo rural, formación de talento humano clínico y de salud pública, el desarrollo de una comunidad científica en salud. Se aplicaron ideas innovadoras, con metas sociales desafiantes, conducidas por importantes líderes que combinaban un alto nivel científico técnico y vocación de servicio público (...). Estas concepciones predominaron en los hechos hasta que a partir de la Constitución de 1961 se inició su desplazamiento y liquidación, en el marco del “Pacto de Punto Fijo”.*

Entonces nos preguntamos, en el marco de las argumentaciones de Galeano, Trotta y Spinelli (2011), de Mauro Casa González (2012), de Archila (1957), Castellanos (1980), García Maldonado (1971) y Granda (2004): es lo mismo preguntarnos ¿Qué es salud pública? que preguntarnos ¿A qué dificultades, institucionalidades, decisiones y problemas nos referimos al hablar de salud pública? o preguntarnos por las ¿Políticas de salud pública de un país o una sociedad concreta como Venezuela? y querer saber ¿Cuál es la crisis o la parte de efectividad de su gestión de salud pública, ayer y hoy? ¿Cómo aproximarse a alguna demostración?. Hay además otro tipo de dificultades a tener en cuenta y que debemos respondernos. ¿Queremos conocer sobre salud pública? ¿Como práctica médica? ¿Como



práctica política? ¿Como realidad social? ¿Qué y por qué lo quisiéramos de una o de otra manera?

Se considera necesario revisar las conceptualizaciones acerca de la salud pública y cómo surgen. Históricamente se han dado múltiples definiciones, unas más y otras menos felices, pero pocas veces se trata el contexto en que surgen y tal vez ello incluso contribuye a algunas confusiones. Por eso, es interesante reflexionar sobre lo que planteaba Julio Frenk (1992): Se encuentra al menos seis connotaciones y usos diferentes en el término Salud Pública, lo que incide en que el mismo esté cargado de significados ambiguos:

1. Se equipara el adjetivo "pública" con la acción gubernamental. Uno tiene que preguntarse si es lo mismo el gobierno y el sector público.
2. Se incluye y se piensa no sólo en la participación del gobierno, sino en la de la comunidad organizada, es decir, entendida la comunidad como el "público".
3. Se identifica la Salud Pública con los "servicios no personales de salud", es decir, con aquéllos que se aplican, por ejemplo, al saneamiento del medio ambiente o a la educación masiva para la salud.
4. Se trata de la serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables; por ejemplo, los programas de atención materno infantil, y las vacunaciones.

5. Se usa la expresión "problema de salud pública", sobre todo en el lenguaje no técnico, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad dentro de una comunidad.
6. Se refiere a un nivel específico de análisis, a saber, el nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a un nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual; la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.

En conclusión: ¿De qué esperamos que se nos hable al referirnos a la Salud Pública? ¡Tal vez de todo eso! Pero es claro que "el imaginario" y las "representaciones" (Castoriadis, 1975) que tengamos al respecto cuentan como elementos simbólicos, exteriores a la conciencia, en nuestra propia posibilidad de comprender el enfoque, los análisis, las operaciones y los resultados posibles en ese campo de realidad de la vida social. Por ejemplo: La disciplina salud pública es un campo de saber extenso y apasionante. Pero: ¿Se trata sólo de una disciplina? Otro ejemplo: La solución de los problemas de salud pública es cuestión de la inversión y de la capacidad práctica, o de los gobiernos, o de los profesionales de la salud. ¿Es así?

## ¿Por qué la definición de Charles-Edward Amory Winslow? (CDEA Winslow: 4 de febrero de 1877 – 8 de enero de 1957)

En 1920, Charles-Edward Amory Winslow, bacteriologista ocupado en trabajo e investigación en el campo del saneamiento del agua y acueductos, quien trabajó los últimos años de su vida principalmente en amplios aspectos de la salud pública, incluyendo vivienda (Hiscock, 1957), fue el fundador del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale (New Haven, Connecticut), en 1915 y fue su jefe hasta retirarse en 1945. De acuerdo a Hiscock (1957a) en ocasión de las conclusiones de su primera Clase Magistral

en el Curso de Principios de la Salud Pública, Winslow la definió así:

*La Salud Pública es la ciencia y arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental y la eficiencia, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad para la salud ambiental, el control de las infecciones comunitarias, la educación de los individuos en los principios de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de*

### ARTÍCULO

Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.  
Núñez-Dentín Norma

*enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud; organizando estos beneficios de tal manera que garanticen que cada ciudadano acceda a los derechos y libertades que le asisten por nacimiento, en cuanto a salud y longevidad.*

Esa justa y larga definición hace destacar la salud pública como arte y como ciencia (lo cual todo el mundo acepta) abarcando amplias labores hasta tocar el campo de lo que hoy día se considera libertades y derechos humanos, a lo largo de toda la vida. Necesario resaltar el último párrafo de esta definición porque se convierte en pieza fundamental de las sospechas, los silencios y los apoyos a medias a los que se hizo referencia en el resumen inicial.

No se cita, ni se recuerda con frecuencia la completud de tal perspectiva. Es curioso constatar que en textos y escritos que hasta nuestros días reproducen la definición de Winslow, siempre falta el último párrafo. Por ejemplo, emulando y actualizando la propia definición de Winslow, en los años noventa Milton Terris avanza: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (Terris, 1992). Esta es una definición que 70 años después retoma y amplía la de Winslow pero que de ella soslaya la visión de la organización de la salud pública para garantizar los derechos y libertades. ¿Por qué sería?

Igualmente en su trabajo, Mario Rovere (2011) haciendo un esfuerzo por recuperar los orígenes tanto de la Salud Pública como de la Medicina Social, para entender qué es lo que hay de

permanente en las construcciones políticas, académicas, sociales y científicas que refieren a la salud pública, termina igualmente presentando la definición de Winslow, soslayando el final. Más aún, ocurre lo mismo cuando Miguel Márquez (2013) escribe sobre conocimiento científico y salud pública.

¿Será que se complican las cosas cuando Winslow, esa eminente figura de la Salud Pública mundial, allí se refiere a cómo hará la salud pública lo que tiene que hacer? es decir, *organizando* [los beneficios que se habían incorporado en la definición] *de tal manera que garanticen que cada ciudadano acceda a los derechos y libertades que le asisten por nacimiento en cuanto a salud y longevidad.*

Por cierto, salió a relucir en el curso de la escritura de este artículo, después de haber hecho las apreciaciones iniciales sobre el punto anterior, que Derickson en el año 2000 y en el 2002 Fee y Brown, particularmente en este último, se habla del ambiente de cambio en los EEUU con respecto a la Guerra Fría y los eventos del McCarthismo; indican a su vez que durante la profundización del conservadurismo desde finales de los años 40 hasta muy entrados los años 50, muchos de los más preclaros oficiales del gobierno y del trabajo en instituciones públicas, lo mismo que profesores y líderes de la salud pública, fueron perseguidos y perdieron sus posiciones. Inclusive ellos utilizan la expresión "fueron silenciados".

Ese hecho de los silencios voluntarios o no sobre algunos tópicos, parte de nuestra *arqueología del saber* (Foucault, 1969), merece detenerse en ellos. Reconstruyendo la vigencia de esos llamados sistemas de posibilidades conceptuales que determinan los límites y las aperturas, o *los movimientos secretos del pensamiento*, del discurso y de la acción, en un espacio-tiempo dado. Como corresponde, *contracorriente*, ello hace preguntarse sobre las dificultades de implementación de tal definición y programa en el campo de la salud pública, en el clima político y económico de los años 20-50 y tal vez hasta en algunos dominios privados y públicos, del pensamiento de hoy. ¿Es acaso, justamente, la posibilidad de su carácter como "asunto de

Estado” en el concierto de las naciones del mundo, en cuanto a *libertades y derechos*?, ¿Es eso lo que las definiciones repetidas pasan por alto?, ¿Es ese a lo mejor el por qué, después de difundida en su comienzo, no volvió a circular completa en ninguna otra parte, sino en los archivos de quien en 1957 la publicó?

Los azares expresados en las Constituciones venezolanas de 1947 (Título III, Capítulo IV)<sup>2</sup>, de 1953<sup>3</sup>, de 1961<sup>4</sup> (Capítulo IV, Artículo 76) y de 1999<sup>5</sup> (Artículo 83). En la Constitución de venezolana de 1947 había quedado consagrado por primera vez el derecho a la salud y la responsabilidad del Estado como mandato constitucional. Pero pienso también en que, tal como lo plantea un Reporte del MPPS (2009), progresivamente con la vida política del país y sus contradicciones, en Venezuela, parte de la doctrina integralista preconizada en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y su “época de oro” fue desviándose hacia el desarrollo de servicios públicos de salud selectivos y al margen del sistema público. Se señala igualmente que aunque en la constitución de 1953 fue abolido el derecho a la salud y sustituido por un punto más entre los derechos individuales y sociales, referido a que el Estado se reservaba la dirección técnica, el establecimiento de normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de la salud pública, hasta los años 60, hubo un claro predominio de las llamadas concepciones integralistas del MSAS y del derecho universal en las políticas de salud. Como evidencia, los mismos autores refieren que en 1958 se crea la Escuela de Salud Pública y se realiza un II Congreso Venezolano de Salud Pública.

Sin embargo ocurría de la mano de las corrientes desarrollistas conservadoras, que dejaba de lado lo que García Maldonado (1971) denominaba “la doctrina sanitaria”. Si bien es cierto, que la Constitución aprobada en 1961 recupera el derecho a la salud, su Artículo 76 limitó la obligación del Estado a la atención de “quienes carezcan de recursos”. Es entonces, hasta la Constitución 1999 de la República Bolivariana de Venezuela cuando se retoma el concepto de la salud prácticamente en términos de derecho a la vida para todos. Dice así su Artículo 83:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. Además y muy importante para la discusión y el proceso que se está reportando, es de interés referirse también al Artículo 80 sobre la Seguridad Social y particularmente a los Artículos 84, 85 y 86. El Artículo 84 dice: “*para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.*”

Eso de la salud pública organizada para garantizar libertades y derechos de nacimiento, tal como lo plantea la definición de Winslow, y su posterior ocultamiento, también hace pensar en lo que tantas veces habló el Dr. Leopoldo García Maldonado, profesor de la Escuela de Medicina casi hasta su muerte en 1983 y también Rector de la UCV en el período 1944-45. En relación al proceso de producción y reproducción de los servicios de atención a la salud y la formación de los profesionales para atender las necesidades de la población, se refería a los cambios

<sup>2</sup>Constitución de los Estados Unidos de Venezuela (1947): La Nación Venezolana es la asociación de todos los venezolanos en un pacto de organización política con el nombre de Estados Unidos de Venezuela (...) CAPITULO IV De la Salud y de la Seguridad Social. Artículo 51. El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades. Artículo 52. Los habitantes de la República tienen el derecho de vivir protegidos contra los riesgos de carácter social que puedan afectarlos y contra la necesidad que de ellos se deriva. El Estado establecerá en forma progresiva, un sistema amplio y eficiente de Seguridad Social y fomentará la construcción de viviendas baratas destinadas a las clases económicamente débiles.

<sup>3</sup>Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República de Venezuela (1953) Título III De los deberes y derechos individuales y sociales. Sección Segunda. De la Competencia del Poder Nacional Artículo 60° N° 23. La dirección técnica, el establecimiento de normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de la salud pública.

<sup>4</sup>Constitución de la República de Venezuela de (1961) Artículo 50.- La enunciación de los derechos y garantías contenida en esta Constitución no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ella. Capítulo IV. Artículo 76.- Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana.

<sup>5</sup>Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República

## ARTÍCULO

Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.

Núñez-Dentín Norma

necesarios conjuntamente en múltiples campos que tocaban las posibilidades y planes de reforma en salud; particularmente en el campo de lo que denominaba la doctrina del “higienismo” y de “la época de oro” del Ministerio de Sanidad, de las cuales fue sin duda un fundador ejecutante; y se refería también a las épocas que venían y que las concebía como de reforma de los centros universitarios de formación en salud. García Maldonado recordaba entonces lo que había escrito en sus libros, Circa 1942-44, refiriéndose a las reformas de los estudios médicos y lo que llamaba las relaciones de poder al interior de “los feudos docentes”: *cada vez que un tímido proyecto de reorganización tocaba la esfera de influencia de uno de los feudos existentes, sin ley ni rey, encontraba una oposición que lo hacía morir al instante* (García Maldonado, 1971).

Más razón aún para emprender ese análisis del saber y del hacer a la luz sus arqueologías, apoyada en lo que siempre se ha dicho de la obra de Foucault: el campo de las cosas dichas es lo que llamamos el archivo; la arqueología está destinada a hacer el análisis.

Muchas veces el legado de Winslow y su historia formaron parte de las conversaciones con el Dr. García Maldonado en aquel innovador y formador Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti, al interior de la Facultad de Medicina de la UCV, con sus pasajes mejores o peores por diferentes direccionalidades, para profundizar o no, en la obra inicial.

Esa arquitectura creada por Winslow para definir la salud pública representó una revolución en su tiempo y puedo decir que tal vez sigue representándola hoy. Pensando en el análisis de Fernando Buen Abad (2010) sobre la filosofía de las imágenes, recuerdo que también la aplica a las revoluciones, que en lo conceptual no se detienen aunque a veces en la praxis podamos haber observado o pensado que no avanzan a ritmo constante, o que bifurquen y algunas cosas se detengan para luego, tal vez, retomarse. No se detienen, es verdad, aunque a veces su discurso queda o quede secuestrado bajo el avance de perspectivas que se presentan como verdaderas innovadoras y que a lo mejor no son sino

“contra-revoluciones” conceptuales y operativas también. Lo que queda y sacude más es el pensamiento aplicado de Álvaro García Linera (2011) cuando dice: *Las revoluciones avanzan, se detienen, retroceden, vuelven a avanzar para caerse y volver a avanzar, a veces sin saber bien cuál es el siguiente paso. Ellas inventan a cada rato su itinerario.*

De vuelta a la definición de Winslow que proporcionó Ira V. Hiscock (1957a) cuando lo recuerda como Maestro, en ocasión de su muerte y del homenaje titulado *A Memorial*, rendido por la Revista Americana de Salud Pública; Winslow había sido su editor durante el período 1944-1954. Fue jefe de la oficina de Autoridad de Vivienda en New Haven y contribuyó a formular audaces planes para la reconstrucción de áreas deprimidas o áreas en pobreza. Eso tampoco se destaca en las apariciones posteriores de su definición. ¡No imagino que hayan sido fabulaciones de Ira Hiscock desde la jefatura del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Yale! Por qué no se recogieron, ni se recogen para extenderlas? Tal definición, audaz como sus planes en vivienda, se había concebido y concretado en tiempos de los llamados “*felices y locos*” años 20. ¿Fue o sería también la definición de Winslow, una feliz locura?

Los años 20, se trataba de los años de importantes cambios sociales en Norteamérica, superando las secuelas de la primera guerra mundial y medio entrando ya en los preparativos de la segunda; años de reparto de las reservas para explotación de petróleo, de auge y crecimiento de ciudades, de construcción de viviendas y de contratos para la construcción de hospitales; años de libertades de la empresa privada y de generosos subsidios para la misma. Estados Unidos crecía económicamente, reafirmando préstamos a Europa, auge de comercios y afianzamiento de su hegemonía industrial, sin anticipar la quiebra de la Bolsa de New York. Años “Tayloristas” de nuevos métodos de producción y organización del trabajo, de utilización de nuevas fuentes de energía, de construcción de empresas bajo el esquema del “Fordismo” o producción continua y en cadena, acompañado del crecimiento del proletariado industrial; años de música y espectáculo que se

abrían al “american way of life”, paradigma de libertad, de iniciativas acompañadas de éxitos y valores individuales, del americano WASP (blanco, anglosajón, nativo y protestante), de la llamada oligarquía norteamericana, pujante en la construcción masiva de obras públicas y en la exportación de capitales. Tiempos cuando en la historia positivista se hacen pasar los intereses de clase como los intereses propios del conjunto de la sociedad y cuando a la vez comienzan señales de nacimiento del fascismo europeo, como en Italia, por ejemplo. En Norteamérica, con la crisis capitalista de 1929 es el momento en que se comienzan a manifestar esas fuerzas. Los controversiales años 20 y los que siguieron. Tiempo de la Ley Seca, de bandas organizadas y mafias. Años de pobreza y represión; años de Ku Kux Klan y sus tácticas en la violencia racial.

Ira Hiscock recuerda también en su Memorial (1957a), que en sus discursos y puntos de vista de esos años, Winslow insistía en su creencia en que *si un departamento de salud pública quería funcionar eficientemente en enseñanza e investigación, obligatoriamente tenía que mantener constante una conexión cercana y vital con los movimientos por la salud pública en la nación y en el mundo* (Hiscock, 1957a). ¡Que a propósito! ¿no?.

Por otra parte, y tal como referí anteriormente Alan Derickson (2000), Elizabeth Fee y Theodor Brown (2002) sacan a la luz algunos hechos de entonces, cuando en su momento, analizan la historia de la salud pública en los Estados Unidos y recuperan lo que acontecía en los años 20, lo mismo que en la época de los 40 y hasta la entrada en los 60. Ambos aluden a cómo y por quienes fueron silenciadas las propuestas de Winslow que se convirtieron en *lecciones no aprendidas*. Derickson, Fee y Brow recuperan el fragmento siempre faltante de la definición de salud pública de Winslow, encontrado –tal vez como lo hizo Ira Hiscock en 1957- en los manuscritos y archivos de la Biblioteca de la Universidad de Yale. Derickson, Fee y Brown hacen afirmaciones de interés en diferentes sentidos.

Fee y Brown (2002) señalan que a pesar de las múltiples reformas en la historia de la salud

pública en los EEUU, no se han aprendido las lecciones recibidas. Conectan esa afirmación con los acontecimientos del 11 de septiembre en New York, cuando vuelven comentaristas políticos y defensores del aumento de fondos para la salud pública a lamentar las debilidades de infraestructura y las bajas capacidades de respuesta a las amenazas, esa vez del “bioterrorismo” y de otros potenciales desastres en salud. Pero seguidamente, en el análisis de las reformas de finales del siglo XIX, hacen resaltar el peso de las solicitudes a partir de las olas de inmigración que entre 1880 y 1920 llegaron a Estados Unidos, coincidiendo con brotes de cólera en Rusia y el este europeo y la necesidad de prevenir su expansión. Algunos autores escribían entonces sobre *“idiotas, locos... personas con posibilidades de convertirse en cargas para los sistemas públicos”*.

Reportan Fee y Brown que precisamente habían comenzado en 1910 las campañas para establecer los seguros nacionales de salud lo cual, como parte de posibles reformas sociales en marcha, resultó políticamente controversial. Destacan la fundación del Ku Klux Klan en 1915, para el llamado control de grupos minoritarios y de cualquier asociación social y política “no conforme”. Indican que con el espectro de la revolución Rusa (1917) y de la entrada de EEUU en “la Gran Guerra” se dio ímpetu a las reacciones del “ala derecha” y a la xenofobia. Afirman que alrededor de 1920 se da la deportación de extranjeros “subversivos y agitadores”. En el mismo tiempo, la AMA (American Medical Association) aumentaba su poder como representante de los profesionales locales privados, atacando los programas federales de salud pública, los cuidados prenatales e infantiles, como ejemplos de “medicina socializada”, siendo éstos en 1922 finalmente condenados como modelos “socialistas” importados. En 1927 fueron eliminados por el Congreso. Comenzaron ataques a las escuelas de salud pública, acusadas de intentar “rusianizar”.

Alan Derickson (2000) reporta que en 1920 Charles Winslow comenzaba a promover el principio de universalidad de todos los servicios públicos de salud, en contradicción con la idea

#### ARTÍCULO

Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.

Núñez-Dentín Norma

de los seguros nacionales de salud que ya había comenzado y que finalmente lograron imponerse a partir de 1940. Tanto Fee y Brown (2002) como Alan Derickson (2000) destacan que es el momento en que Winslow refuerza su idea de protección universal y de acceso universal a los cuidados de salud en el marco de los derechos de los ciudadanos. Refieren que esos propósitos de Winslow levantaron enorme oposición pero que sin embargo, él se ocupaba de preparar a sus colegas sobre los conflictos que vendrían y desestimó los comentarios sobre la “socialización de la medicina”. Esclarecen que no obstante, los colegas de salud pública agrupados en la APHA (American Public Health Association) no estaban preparados para asumir la cruzada que Winslow previó, propuso y asumió. La APHA reaccionó tímidamente frente al poder de la AMA (American Medical Association) (Derickson, 2000). Historia de intereses y de poderes.

La historia continúa y podemos hacer las conexiones con épocas más recientes en Venezuela con las críticas, las protestas y las exigencias que plantean algunos aspectos concretos de la construcción de un sistema público nacional de salud para la protección de toda la población. Se trata de encuentros y desencuentros de diversa intensidad y grado de racionalidad entre grupos opuestos o en apoyo al gobierno del Presidente Chávez, tanto como al gobierno posteriormente conformado por el Presidente Maduro. El análisis de Melo y Castillo (2012) les lleva a preguntarse y a la vez a afirmar posicionamientos: se trata de la lucha en torno a dos concepciones: “¿es la salud un derecho o una mercancía?, porque se ponen en evidencia dos posturas antagónicas. ¿Es la salud una mercancía como lo dice el capitalismo y por eso le pone precio? ¿o es la salud un derecho como es la visión humanista, socialista que sostiene que debe existir una cobertura universal?. Un tema en lo concreto es que bajo la cobertura de luchas de gremios profesionales por el salario en las instituciones públicas, como plantean algunos artículos más en profundidad, lo que está en juego son los modelos de sociedad y las formas de organización de los servicios, en función del apoyo o no a ese Artículo 84 de la Constitución nacional. Citamos las “Propuestas a la Nación” de las Academias

Nacionales de Venezuela (Academias, 2011) y sus pensamientos sobre las políticas del Estado, como elemento de contrastes. Se incorpora para discusión elementos de su texto, presentado por Pedro Palma, de la Academia de Nacional de Ciencias Económicas, en términos de “responder al afán de estas corporaciones por contribuir activamente al progreso y al desarrollo sostenible del país, así como a la mejora en la calidad de vida de los venezolanos. Nadie más apropiado que estas ilustres corporaciones para acometer una tarea tan ambiciosa y relevante, ya que en ellas confluye lo más granado del mundo científico y humanístico de la nación, hombres de destacada trayectoria profesional cuyos méritos, aportes y obras los han hecho merecedores de los más altos reconocimientos y honores, y los acreditan para realizar concienzudos estudios y análisis de las realidades de nuestro país”.

Desde otras perspectivas ese texto puede ser visto como la misma propuesta de otros tiempos cuando en la historia positivista de las academias y de las ciencias, las Academias Nacionales se hacen pasar los intereses de clase y de las corporaciones como los intereses propios del conjunto de la sociedad venezolana. En términos generales pero ilustrativos de la dinámica y la coyuntura social, plantearon:

*En la realidad política se constata la falta de un Poder Judicial independiente, lo cual pone en peligro la seguridad de los ciudadanos, atenta contra la preservación de la intangibilidad de los derechos humanos, elimina el control sobre los gobernantes para que actúen dentro de los límites del derecho, y rompe la armonía que debe existir entre los principios y valores constitucionales y las leyes que están destinadas a conservarlos (...) La reconstrucción institucional del país requiere que se asegure la actuación del Estado dentro del marco constitucional, para garantizar la sociedad democrática que propugna la Constitución para todos los venezolanos, mediante la formulación y reformulación de instrumentos jurídicos que fortalezcan el Estado democrático y social de Derecho, o para permitir su adecuación al marco constitucional, principalmente en las siguientes materias: 1) Seguridad Ciudadana,*

*Seguridad de la Nación y Marco Institucional. 2) Protección social y de los Derechos Humanos. 3) Propiedad y libertad económica. 4) Descentralización. 5) Derechos políticos y participación ciudadana. 6) Educación. 7) Organización del Poder Público para su adecuación constitucional. Y, 8) Servicios e infraestructura.*

Las propuestas de las Academias Nacionales, no se presentan sólo en términos de un sector productivo y social específico, sino en términos de proyecto de país alternativo. Todo ese contenido anteriormente resaltado es un marco referencial para comprender la propuesta alternativa a la propuesta del Estado contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en el Plan y Ley de la Patria (RBV, 2006; RBV, 2009; Chavéz, 2012, AN 2013).

Muchos son los artículos que se cruzan y entrecruzan, algunos en perfecta contradicción, otros en armonía, con la definición de la salud pública que apoyamos y hemos puesto al frente de esta discusión. En el caso que nos ocupa los argumentos se cruzan y entrecruzan también

con los intereses financieros de lo tecnocrático asociado a los seguros privados y mixtos en atención a la salud estricta y ampliamente definida, cuando se trata de su promoción, prevención, intervención diagnóstica y curativa, restitución y/o rehabilitación. Son todos esos elementos que entran en juego en la construcción de un Sistema Nacional de Salud para sujetos históricos, sujetos colectivos para quienes es importante la Ley que espera por aprobación y Reglamentación.

Hasta aquí es suficiente para desentrañar incógnitas ya planteadas acerca del silenciamiento de la definición completa de la salud pública proporcionada por lo que he llamado la feliz locura de Charles Winslow (1920) o por Milton Terris (1992), tan elogiada y utilizada nacional e internacionalmente si permanece silenciado lo referente a la feliz locura, a la organización de la salud pública para garantizar libertades y derechos que pertenecen a la población desde el nacimiento de cada ciudadano. Como dice Edmundo Granda (2004b): *¿quo vadis salud pública?*

## Referencias Bibliográficas

Academias Nacionales de Venezuela. (2011). *Propuestas a la Nación*. Venezuela: Italgáfica, S.A.

Asamblea Nacional. (2013). *Ley del Plan de la Patria. Segundo Plan Socialista del Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019*. Publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No 6.118 [Extraordinario]. Diciembre 4, 2013. Caracas, Venezuela. Recuperado de <http://albaciedad.org/LeyPlanPatria/>

Archila, R. (1957). *Historia de la Sanidad Venezolana*. Venezuela: Imprenta nacional.

Agencia Venezolana de Noticias. (2013). *Rafael Ramírez: Renta petrolera continuará utilizándose en beneficio de nuestro pueblo*. [Declaraciones]. Recuperado de <http://www.avn.info.ve/contenido/rafael-ram%C3%ADrez-renta-petrolera-continuar%C3%A1-utiliz%C3%A1ndose-beneficio-nuestro-pueblo>

Béjin, A. y Morin, E. (1976). La notion de "crise". *Communication*, 25. Recuperado de <http://www.iiac.cnrs.fr/spip.php?article355>

### ARTÍCULO

**Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.**  
Núñez-Dentín Norma

- Buen, F. (2010). *Filosofía de la imagen*. CONATEL. Caracas, Venezuela  
Recuperado de [http://biblioteca.ceditel.gob.ve/ABCD/bases/biblo/texto/filosofia\\_de\\_imagen.pdf](http://biblioteca.ceditel.gob.ve/ABCD/bases/biblo/texto/filosofia_de_imagen.pdf)
- Casa, M. (2012). *Un análisis de la relación entre las variables “renta petrolera”, proceso de formulación de políticas públicas y resultados alcanzados en la República Bolivariana de Venezuela*. Recuperado de [http://www.academia.edu/2897547/Analisis\\_de\\_la\\_relacion\\_entre\\_renta\\_petrolera\\_y\\_politicas\\_publicas\\_procesos\\_y\\_resultados\\_en\\_Venezuela](http://www.academia.edu/2897547/Analisis_de_la_relacion_entre_renta_petrolera_y_politicas_publicas_procesos_y_resultados_en_Venezuela)
- Castellanos, P. (1980) Notas sobre el Estado y salud en Venezuela. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública, 31*. Caracas. Venezuela
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. España: Tusquets. ISBN: 9789871210565
- Cilento, A. (2005) *Infraestructura petrolera en Venezuela 1917-1975* (Conquista del territorio, poblamiento e innovación tecnológica. En: *Petróleo nuestro y ajeno. La ilusión de la modernidad*.
- Cramer, H. (2013). Public health: a multi-faceted issue. *Journal of Public Health, 21*. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10389-013-0555-x>
- Chávez, H. (2012). *Propuesta del Candidato de la Patria Comandante Hugo Chávez para la Gestión Bolivariana Socialista 2013-2019*. Recuperado de <http://www.chavez.org.ve/programa-patria-venezuela-2013-2019/>
- Chávez, H. (2012a). *Golpe de Timón*. Primer Consejo de Ministros del Nuevo Ciclo de la Revolución Bolivariana. Colección CLAVES. Venezuela: Correo del Orinoco. Caracas. Recuperado de <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/downloads/2012/11/GOLPE-DE-TIMON-23-10-12-Web.pdf> Consulta: 2013, Abril 25
- Derickson, A. (2000). “Health for Three-Thirds of the Nation”. Public Health Advocacy of Universal Access to Medical Care in the United States. *American Journal of Public Health 92*(2). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447037/pdf/0920180.pdf>
- Eljuri, E. (2011). *Venezuela posee la mejor distribución de ingresos de América Latina*. [Notas de Prensa INE]. Recuperado de [http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=316:venezuela-posee-la-mejor-distribucion-de-ingresos-de-america-latina-&catid=133:economicos](http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=316:venezuela-posee-la-mejor-distribucion-de-ingresos-de-america-latina-&catid=133:economicos)
- Eljuri, E. (2012). *El desarrollo de Venezuela en números y perspectivas de futuro*. Recuperado de [http://venezuela-us.org/es/wp-content/uploads/2009/06/Presentaci%C3%B3n\\_Dr-Eljuri\\_Espa%C3%B1ol.pdf](http://venezuela-us.org/es/wp-content/uploads/2009/06/Presentaci%C3%B3n_Dr-Eljuri_Espa%C3%B1ol.pdf)
- Fee, E. y Theodore, B. (2002). The Unfulfilled Promise Of Public Health: Déjà Vu All Over Again. *Health Affairs 21*(6). Recuperado de <http://content.healthaffairs.org/content/21/6/31.long>
- Foucault, M. (1969). *L'archeologie du savoir*. Collection Bibliothèque des Sciences Humaines, Gallimard.



- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. En: La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. *Publicación Científica*, 540. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva* 7(3) Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v7n3/v7n3a02.pdf>.
- García, Á. (2011). *Las tensiones creativas de la revolución. La quinta fase del proceso de cambio*. Bolivia: Publicaciones Vicepresidencia del Estado Plurinacional. Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional. Recuperado de <http://www.rebellion.org/docs/134332.pdf>
- García, L. (1971). *Educación y Salud Pública*. Venezuela: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Oficina de Publicaciones, Biblioteca y Archivo.
- Granda, E. (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública* 30(2) . Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_2\\_04/spu09204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm)
- Granda, E. (2004a) *ALAMES: Veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina: La salud: un derecho a conquistar*. IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/20an.pdf>
- Granda, E. (2004b) ¿Quo Vadis Salud Publica? II Conferencia Nacional en Salud. Lima 9 -11 de Agosto de 2004 . Foro de la sociedad civil en salud. Recuperado de <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/QuoVadisSal.pdf>
- Hiscock, I. (1957). Charles-Edward Amory Winslow. February 4, 1887-January 8, 1957. *Journal of Bacteriology* 73(3). Recuperado de <http://jb.asm.org/content/73/3/295.full.pdf+html>
- Hiscock, I.1957a). Teacher. En: A Memorial. *American Journal of Public Health and The Nation's Health*, 47(2). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1551151/pdf/amjphnation01085-0004.pdf>
- Institut interdisciplinaire d'anthropologie du contemporain. (2012). Crises critiques. Un sujet, une posture, une écriture en dialogue. Troisième journée doctorale de l'Institut. Recuperado de <http://www.iiaac.cnrs.fr/spip.php?article355>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2012). *Indicadores Básicos de Salud, 1990-2011*. Recuperado de [http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/Salud/pdf/Indicadores\\_Basicos\\_Salud.pdf](http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/Salud/pdf/Indicadores_Basicos_Salud.pdf)
- Kundera, M. (2014). *La fête de l'insignifiance*. NRF. Gallimard 2014.
- Kornblith, M. (1996). *Crisis y transformación del sistema político venezolano: nuevas y viejas reglas de juego*. En: El sistema político venezolano: Crisis y transformaciones.1996. Ángel Álvarez Díaz. Venezuela: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Instituto de Estudios Políticos-1996: Caracas, IEP-UCV.
- Márquez, M. (2013). *Formación del espíritu científico en salud pública*. En: Escenarios epistémicos en la formación del espíritu científico en salud:

una antología. Selección de Lecturas. Miguel Márquez, Coordinador. Recuperado de [https://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=924&Itemid=226](https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=924&Itemid=226)

Martin, J. y Texera, Y. (2005). *Petróleo nuestro y ajeno*. La ilusión de la modernidad. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. UCV. Venezuela: Torino.

Martin, J. y Texera Y. (2005). *Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico*. UCV. Venezuela: Torino.

Mata, R., Pinto, B., Ramos, M., León, D. y Núñez N. (2012) *Modelo Teleológico: Una mirada desde la Salud Colectiva*. XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. 6-8 noviembre 2012. Montevideo, Uruguay [En prensa]

Melo, L., y Castillo, L. (2012). *Médicos privados no aceptan regular sus tarifas*. Recuperado de [http://www.laredcomunidad.com.ve/detalle.php?id\\_noticia=176](http://www.laredcomunidad.com.ve/detalle.php?id_noticia=176)

Melo, L., y Castillo, L. (2012a). *Médicos se niegan a reducir ganancias*. Recuperado de <http://www.aporrea.org/actualidad/n209652.html>

Morin, E. (1976). *Pour une crisologie*. En Communications, 25. Recuperado de <http://www.youscribe.com/catalogue/presse-et-revues/savoirs/pour-une-crisologie-article-n-1-vol-25-pg-149-163-957002>

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores (2013). *Venezuela cumple principales Metas del Milenio*. Recuperado de <http://venezuela-us.org/es/2013/06/13/venezuela-cumple-principales-metas-del-milenio/>

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009). *Barrio Adentro rumbo al Sistema Público Nacional de Salud Bolivariano y Socialista*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Omega-1-0612-12m-con-tabla-INE-poblacion-y-mortalidad-infantil-modificada.pdf>

Quiroz, R. (1992). *Sector público y neoliberalismo*. Academia Nacional de Ciencias Económicas. Volumen 5 de la Serie Tesis. Caracas, Venezuela.

Quiroz, R. (2014). *PDVSA no debe seguir subsidiando a las misiones sociales*. [Declaraciones a Noticias24]. Recuperado de <http://www.noticias24.com/venezuela/noticia/242640/en-vivo-rafael-quiros-ofrece-un-analisis-sobre-la-produccion-nacional-de-petroleo/>

República Bolivariana de Venezuela. (2006) *Proyecto Nacional Simón Bolívar. Primer Plan Socialista*. Líneas Generales del Plan de Desarrollo de la Nación 2007-2013. Recuperado de [http://www.cendit.gob.ve/uploaded/pdf/Proyecto\\_Nacional\\_Simon\\_Bolivar.pdf](http://www.cendit.gob.ve/uploaded/pdf/Proyecto_Nacional_Simon_Bolivar.pdf)

República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la salud (2009) *Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018*. Barrio Adentro Rumbo al Sistema Público Nacional de Salud Bolivariano y Socialista. Documento del proceso de discusión interna del MPPS. Viceministerio de Redes de Salud Colectiva. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Omega-1-0612-12m-con-tabla-INE-poblacion-y-mortalidad-infantil-modificada.pdf>

Romero, V. (2009). *El despertar de la conciencia*. Venezuela: Fondo Editorial IPASME.

Rovere, M. (s/f). *Desafíos de la formación en salud pública*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-011.pdf>

Telesur (2014) *Programa contra el hambre en América Latina se llamará Hugo Chávez*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=JsS6vFCxg4I>

Terris, M. (1992) Tendencias actuales de la salud pública. En: *La Crisis en Salud Pública. Reflexiones para el Debate. Publicación Científica, 540*. Washington D.C: OPS.

VENESCOPIO/CISOR. (s/f). Recuperado de <http://www.venescopio.org.ve/web/wp-content/uploads/VENEZUELA-EN-RESUMEN.pdf>

Wang, H., Chelsea A., Liddell, M., Coates y colbs. (2014). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*: Published online May 2, 2014 Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60497-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60497-9)

Winslow C.(1920) The untilled fields of public health. *Science* 51. Recuperado de <http://www.sciencemag.org/content/51/1306/23.full.pdf> Consulta: 2014, Junio 02

#### ARTÍCULO

Winslow ¿Una feliz locura? Arqueología conceptual y operativa en salud pública y salud colectiva: Definiciones, Modelos, Poderes, Políticas, Inversiones, Decisiones y Contextos. Parte I.

Núñez-Dentin Norma