



NUEVASALUDPÚBLICA | 6

Salud Pública en tiempos postmodernos

Juan Manuel Jiménez Martín



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

ISBN 843384627-2
9 788433 184627 3



NUEVASALUDPÚBLICA | 6

Salud Pública en tiempos postmodernos

La **Serie Nueva Salud Pública** es editada por la EASP con el objetivo de ofrecer ideas, reflexiones, análisis y métodos en el campo de la salud pública. Cada Monografía es una revisión sobre algún tema relevante y la autoría corre a cargo de una autoridad reconocida en la materia. La financiación es aportada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En este sexto volumen se plantea un análisis panorámico de los principales cambios sociales contemporáneos, a partir del cual, contextualizar las transformaciones que se están produciendo en el campo de la salud pública actual y avanzar algunas de las posibles líneas de salida de la crisis adaptativa que implican dichos cambios.

Nueva Salud Pública está dirigida a los y las profesionales del Sistema Sanitario Público y aspira a ser un referente en la formación y especialización dentro del mundo sanitario.



NUEVASALUDPÚBLICA | 6

Salud Pública en tiempos postmodernos

Juan Manuel Jiménez Martín

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es

Editores de La Serie

Luis Andrés López Fernández
Ana Delgado Sánchez

Comité Editorial de La Serie

Patxi Cuberta Galdós
Antonio Daponte Codina
María del Mar García Calvente
Natxo Oleaga Usategui
Pablo Simón Lorda
Cristina Torrò García-Morato
Isabel Marín Rodríguez
María José Pérez Lozano

Revisión

Luis Andrés López Fernández

Diseño y maquetación

Catálogo Publicidad

Imprime

Alsur, S.C.A.

Depósito Legal

XXX

ISBN de La Serie

978-84-691-6721-2

ISBN

978-84-92842-17-9

Todos los derechos reservados.

De las opiniones expresadas en la presente
publicación responden únicamente los autores.

Agradecimientos

A mi madre, Ángeles Martín, por su cariñosa paciencia, y porque su voluntad de seguir siempre adelante ha sido un gran ejemplo para mí.

A María José Sánchez y Carmen Martínez, porque supieron estar ahí.

A Alejandro Pedregosa, por desplegar la maestría de su oficio en la revisión de esta *novela*.

A Luis Andrés López, por el estímulo intelectual que ha supuesto en la revisión editorial de este libro y los largos años de debates en las intersecciones entre la medicina y la sociología.

A Giulia Fernández Avagliano por su elegante profesionalidad en el proceso editorial.



Índice

| | |
|-----------|--|
| 15 | Introducción: El mundo y la salud pública |
| 16 | 1. La trascendencia de las transformaciones sociales del mundo actual |
| 17 | 2. Sociedades globales, tiempos postmodernos |
| 19 | 3. La constitución del campo de la salud pública |
| 22 | 4. La salud pública y el <i>largo proceso de la civilización</i> |
| 24 | 5. La salud total |
| 29 | Capítulo primero: Las transformaciones sociales de la postmodernidad. Una visión panorámica |
| 32 | 1. Los procesos de globalización |
| 32 | 1.1. La globalización: el hecho y sus implicaciones |
| 33 | 1.2. La globalización como proceso histórico de largo alcance |
| 34 | 1.3. La politización del término |
| 34 | 1.4. La segunda globalización |
| 35 | 2. Las migraciones globales |
| 36 | 2.1. El concepto de «migración global» |
| 37 | 2.2. Viejas y nuevas motivaciones |
| 38 | 2.3. Tendencias migratorias en el marco de la globalización |
| 39 | 2.4. Los impactos de las migraciones globales |
| 41 | 3. La revolución científico-tecnológica |
| 41 | 3.1. Tecnología, cultura y sociedad |
| 43 | 3.2. Contextualización histórica y sociológica de las revoluciones tecnológicas |
| 46 | 3.3. La revolución científico-tecnológica del siglo XX |
| 47 | 3.4. La convergencia NBIC |
| 49 | 3.5. Escenarios futuros posibles |

| | |
|-----------|---|
| 51 | 4. Cambios en la esfera productiva: hacia unas nuevas condiciones materiales de existencia |
| 51 | 4.1. Economía y sociedad |
| 52 | 4.2. Del ahorro al «consumo ostentoso» |
| 53 | 4.3. El cambio en la definición de las «necesidades» humanas |
| 53 | 4.4. La sociedad de consumo |
| 54 | 4.5. Producción y empleo |
| 56 | 4.6. El modo de producción informacional |
| 57 | 4.7. El aumento de las desigualdades sociales |
| 58 | 4.8. La sociedad del riesgo |
| 60 | 5. Transformaciones en la esfera política |
| 60 | 5.1. Configuración de una nueva geopolítica global |
| 62 | 5.2. La crisis del Estado-nación |
| 64 | 5.3. Nuevos conceptos de ciudadanía |
| 65 | 5.4. Representación política y participación |
| 66 | 5.5. La intensificación de la «biopolítica» |
| 67 | 6. Cambios sociales y culturales |
| 67 | 6.1. LA CULTURA POSTMODERNA |
| 67 | 6.1.1. Postmodernidad y postmodernismo |
| 68 | 6.1.2. Las claves de la postmodernidad |
| 70 | 6.1.3. Los valores postmodernos |
| 78 | 6.2. EL INDIVIDUALISMO CONTEMPORÁNEO |
| 79 | 6.2.1. Los orígenes del individualismo occidental |
| 79 | 6.2.2. El individualismo moderno: el proceso de individualización |
| 81 | 6.2.3. El individualismo postmoderno: el «personismo» |
| 82 | 6.3. LA CRISIS DE LAS RELACIONES DE GÉNERO |
| 83 | 6.3.1. Los conceptos clave en disputa |
| 84 | 6.3.2. La dimensión sociológica del eje sexo-género |
| 85 | 6.3.3. La revolución de las relaciones de género |
| 89 | 6.3.4. El frasco de las esencias se ha roto |
| 93 | Capítulo segundo: Las transformaciones del campo de la salud pública en tiempos postmodernos |
| 94 | 1. La crisis en los campos del saber |
| 95 | 1.1. LAS CRISIS DE LA CIENCIA |
| 95 | 1.1.1. Las convulsiones en el campo de la física |
| 99 | 1.1.2. La crisis moral y el descrédito de la ciencia |
| 100 | 1.1.3. Una crisis filosófica de la ciencia |

| | |
|------------|---|
| 101 | 1.1.4. Las cuestiones en conflicto: verdad, legitimación y lenguaje |
| 104 | 1.1.5. Una nueva forma de pensar |
| 106 | 1.1.6. La crisis de las instituciones y los saberes expertos |
| 110 | 1.1.7. La creciente incertidumbre en todos los campos del saber |
| 111 | 1.2. LA CRISIS CIENTÍFICA DE LA SALUD PÚBLICA |
| 112 | 1.2.1. El empirismo abstracto |
| 114 | 1.2.2. El desenfoque del individualismo |
| 116 | 1.2.3. Las insuficiencias de la «salud pública de laboratorio» |
| 121 | 2. Los nuevos significados de la salud y la enfermedad |
| 122 | 2.1. El desfase entre las palabras y las cosas |
| 125 | 2.2. El enfoque multidimensional de la salud: un movimiento de placas tectónicas |
| 133 | 2.3. Las dificultades de <i>Linneo</i> : la crisis de las taxonomías |
| 137 | 2.4. De la descripción a la interpretación |
| 139 | 2.5. Los mercaderes y el Templo de la salud |
| 142 | 2.6. Enfermedad y salud: de la agonía al éxtasis |
| 145 | 3. Patrones epidemiológicos postmodernos: la explosión de las morbilidades |
| 146 | 3.1. Los patrones epidemiológicos del industrialismo |
| 147 | 3.2. Los patrones epidemiológicos postmodernos |
| 149 | 3.3. Viejas y nuevas amenazas para la salud humana |
| 158 | 3.4. Las tribulaciones emocionales narcisistas |
| 160 | 3.5. Las mil y una morbilidades potenciales |
| 162 | 4. Las transformaciones del eje «población-territorio» |
| 162 | 4.1. El problema de la superpoblación mundial |
| 166 | 4.2. La creciente heterogeneidad poblacional: de la población a las poblaciones |
| 173 | 4.3. De la <i>población diana</i> a las redes sociales |
| 176 | 4.4. Seres bio-tecnológicos |
| 179 | 4.5. Temblores en <i>Tierra Santa</i> |
| 182 | 5. La salud en el ágora: la politización del campo de la salud pública |
| 183 | 5.1. La densidad política de la salud |
| 186 | 5.2. La politización del campo de la salud pública |
| 188 | 5.3. Biopolítica y salud pública |
| 193 | Capítulo tercero: Quo vadis, salud pública? |
| 194 | 1. Los problemas fronterizos del campo de la salud pública |
| 195 | 2. Las renovadas funciones de la salud pública |
| 198 | 2.1. Valoración de las necesidades de salud de las poblaciones: las funciones del «escriba» |
| 200 | 2.2. Desarrollo de políticas: las funciones del «estrategos» |
| 203 | 2.3. Garantía de servicios: las funciones del «pastor del rebaño» |

| | |
|------------|--|
| 205 | 3. Los cambios en el orden organizacional y profesional |
| 205 | 3.1. Las mutaciones en el orden profesional |
| 210 | 3.2. Las nuevas organizaciones |
| 216 | 4. El nudo gordiano de las estrategias de intervención en salud pública |
| 218 | 4.1. El estado de la cuestión |
| 219 | 4.2. Las sombras de las intervenciones salubristas |
| 221 | 5. Desatar el nudo |
| 222 | 5.1. Incorporar en los diseños la historia y la reflexividad |
| 222 | 5.2. Intersectorialidad y multidisciplinariedad |
| 223 | 5.3. Los nuevos modos de información y comunicación |
| 227 | 5.4. Superar el lodazal de las «evidencias» en salud pública |
| 229 | 6. Las aperturas paradigmáticas |
| 230 | 6.1. La inevitabilidad de los caminos |
| 232 | 6.2. Las dos grandes miradas paradigmáticas y los territorios de nadie |
| 233 | 6.3. Los supuestos filosóficos de las nuevas miradas paradigmáticas |
| 239 | 6.4. El paradigma sociológico o relacional |
| 241 | 7. La salud y sus «constituyentes» |
| 249 | Epílogo |
| 253 | Bibliografía |

Índice de cuadros y gráficos

| | |
|-----|--|
| 99 | Cuadro 1. Transformación de los supuestos filosóficos de la ciencia en el siglo XX |
| 103 | Cuadro 2. Conflictos filosóficos en la ciencia postmoderna |
| 148 | Cuadro 3. Evolución de los patrones epidemiológicos |
| 196 | Cuadro 4. Las tres funciones básicas de la salud pública |
| 197 | Cuadro 5. Objetivos fundamentales de la salud pública |
| 240 | Cuadro 6. Nuevos supuestos paradigmáticos en el campo de la salud pública |
| 246 | Gráfico 1. Universo nanografiado de los constituyentes de la salud (pública) en tiempos postmodernos |



**Salud pública
en tiempos
postmodernos**

A la memoria de mi padre,
¡que los dioses te sean propicios!



Introducción: el mundo y la salud pública

Me parece que la resistencia que tantos intelectuales oponen al análisis sociológico, siempre sospechoso de reduccionista torquedad, y especialmente aborrecible cuando se aplica directamente a su propio universo, se basa [...] en una idea absolutamente improcedente de su dignidad de «sujetos», que les hace considerar el análisis científico de las prácticas como un atentado contra su «libertad» o su «desinterés». Es indudable que el análisis sociológico apenas deja margen para las concesiones al narcisismo y que lleva a cabo una ruptura radical con la imagen profundamente complaciente de la existencia humana que preconizan aquellos que a toda costa quieren creerse los «seres más irremplazables», [al poner] en tela de juicio las libertades ilusorias que se otorgan a sí mismos aquellos que consideran esta forma de conocimiento del propio ser como un «descenso a los infiernos».

Pierre Bourdieu

El final del siglo XX dio paso a una «nueva era» en la historia de la humanidad que tendrá consecuencias irreversibles, no ya solo para el orden social global, sino para la propia humanidad como especie biológica. Esta contundente y extendida hipótesis, mantenida también en este texto es, sin embargo, controvertida y problemática.

En primer lugar, porque aunque hay un consenso muy general respecto a la especificidad histórica del momento presente, no todo el mundo comparte su alcance de *nueva era*. En segundo lugar, porque es una hipótesis de la que han abusado a lo largo de la historia –y lo siguen haciendo– determinados discursos agoreros y profecías *milenaristas* para anunciar la enésima venida del fin del mundo o la última de las utopías. Sin embargo, todas las evidencias disponibles apuntan en esa dirección. Probablemente estamos viviendo el segundo gran salto evolutivo de la humanidad. El primero ocurrió en el Neolítico.

1. La trascendencia de las transformaciones sociales del mundo actual

Somos producto de la historia, es decir, de las condiciones materiales y sociales que nos han hecho posibles. Pero nunca antes lo fuimos como lo somos hoy, nunca antes con tanta intensidad, de una manera tan global y a tanta velocidad. La revolución tecnológica y la configuración de una sociedad de redes informacionales, las economías financieras especulativas, los problemas medioambientales, la crisis de recursos energéticos, las desigualdades económicas entre países ricos y pobres (y dentro de ellos), las migraciones a gran escala, la crisis de las relaciones de género y otros muchos cambios en el orden social, cultural, político, estético, ético y personal que estamos viviendo, todos ellos atravesados por la macrotendencia de la globalización, aun cuando sean muy variables en función de contextos y tiempos, son de una enorme trascendencia porque abren la puerta a un nuevo estadio en el desarrollo de la humanidad.

Se trata de transformaciones de gran calado tanto en los planos infraestructurales como en el mundo de las ideas. ¿Son más importantes los cambios en las estructuras objetivas que los cambios en las *ideologías*?, ¿determinan los primeros a los segundos o al revés? Éste es un largo debate en ciencias sociales polarizado históricamente en torno a las figuras de Marx, del lado de *lo material*, y Max Weber, del lado de las ideas. Por ejemplo, para Alfred Crosby, el desarrollo del capitalismo europeo se explicaría por la aparición a mediados del siglo XIII de una nueva *mentalité* relacionada con las posibilidades de medir o cuantificar la realidad que proporcionaron avances técnicos como el reloj (medir el tiempo) y el cañón (medir el espacio)

Salud pública en tiempos postmodernos

(Crosby, 1988). Marvin Harris, por su parte, señala que lo que se puede observar en los procesos históricos de cambio es que las ideas tienen una gran importancia para generar cambios a corto y medio plazo, pero que, sin embargo, a largo plazo, son las condiciones infraestructurales, en especial el desarrollo tecnológico y económico, las que condicionan las formas de pensar posibles (Harris, 2002; 2007). En cualquier caso, hoy están cambiando tanto las *condiciones materiales de existencia* como la *mentalité* de la época a un nivel de profundidad y alcance global que desborda la capacidad explicativa de las distintas teorías sociológicas. El potencial de transformación de los cambios materiales y estructurales es imprevisible; y en lo que respecta a las formas de pensar, ya vemos hoy que el pensamiento interactivo tendrá efectos trascendentales sobre las capacidades cognitivas del ser humano. Y de esta intersección de la materia y las ideas está surgiendo un nuevo sujeto: la personalidad postmoderna; y con él emergen otras formas de socialidad o maneras de «estar-juntos» (Maffesoli, 2007), es decir, nuevos modos de relación entre lo individual y lo colectivo. Esta es una de las claves más novedosas e importantes del mundo actual. En conjunto, todas estas transformaciones de encaminan a lo que Beck (20002) denomina la «gran apertura del proyecto humano».

2. Sociedades globales, tiempos postmodernos

Al período histórico que abarca el último tercio del siglo XX y principios del XXI se le viene denominando como sociedades *avanzadas, complejas, postindustriales, post-materialistas, postmodernidad, sociedades de la información, del conocimiento, informacionales, segunda modernidad, modernización reflexiva, sociedad red, modernidad líquida* o *sociedades del riesgo*, entre otras definiciones. El *post* que incorporan todas ellas (explícita o implícitamente) hace referencia a las sociedades emergentes tras los procesos de industrialización intensiva del capitalismo en los países del Occidente desarrollado. Las divergencias en estas definiciones tienen que ver con la visión crítica o triunfalista de sus autores y con el hecho de resaltar unos u otros factores como elementos fundamentales o definitorios. En cualquier caso, no son definiciones «positivas» (Ruiz de Samaniego, 2009); no definen tanto lo que «es» como lo que «ya no es».

Quizá, referirnos a ellas como «sociedades globales contemporáneas» sea una forma integradora de definir las, ya que el concepto de sociedad global incluye a las so-

ciudades no occidentales. Siguiendo a Beck, «lo que denominamos países del *Tercer Mundo* o *subdesarrollados* constituyen diversas localizaciones de la sociedad global emergente» (Beck, 2002). Una definición así no excluye la posible validez de las críticas que han planteado las teorías neomarxistas y otras teorías críticas con el capitalismo. Esta definición «global» no niega la evidencia empírica del subdesarrollo, la dependencia y el capitalismo voraz. Pero, al fin y al cabo, el hecho es que más de «4.000 millones de personas viven en situaciones modernas» (Harris, 2007, p. 102) en la actualidad. La globalización de la producción mundial ha universalizado, a su vez, una *cultura global* que incluye también rasgos de otras tradiciones culturales no occidentales (como la hindú o la china o la africana, etc.). Ya está *todo* profundamente interconectado. Ya vivimos en sociedades globales¹.

El término «postmodernidad» es otra forma de hacer referencia a este periodo histórico, otra manera de llamar al presente. Y de resaltar su *peculiaridad* histórica (Castells, 2008) y su trascendencia. Lo que define a estos *tiempos postmodernos* es una transformación profunda en la infraestructura de la sociedad (revolución tecnológica), que altera todas las estructuras y relaciones sociales y que ha generado la aparición de nuevos valores culturales. Y, aunque la postmodernidad es también una prolongación de la era moderna, una modernidad tardía (Giddens, 2008), las características de este cambio, su dinámica, la naturaleza de las dimensiones implicadas en el mismo y sus probables repercusiones hacen del presente un momento histórico *distinto* a cualquier época anterior. Hoy nos encontramos en algo más que en una simple etapa. No solo por lo que ya está ocurriendo, sino más bien por lo que ocurrirá, por las puertas que abre la postmodernidad.

En suma, el concepto de postmodernidad, en tanto que aquello que ha venido tras la modernidad, a pesar de su polémica carga semántica, es útil para caracterizar lo que está ocurriendo en el mundo globalizado del modo de producción informacional, aunque no sea un concepto exactamente descriptivo (Lyon, 2005). Y, en cualquier caso, si –como veremos– la humanidad ha empezado ya a dar los pasos para su autotransformación como especie, sería imposible ser posthumanos y no ser postmodernos².

1 En este texto se usarán indistintamente varias de las denominaciones comentadas.

2 En este texto se usará, generalmente, el término postmodernidad en ese sentido elemental de «lo que vino después de».

3. La constitución del campo de la salud pública

3.1. Los orígenes

La salud pública, en un sentido muy amplio, como «esfuerzo socialmente organizado» para garantizar las mínimas condiciones de vida de los grupos humanos es consustancial a la evolución de la humanidad. Los esfuerzos colectivos por asegurar el abastecimiento de agua potable, la calidad de los alimentos, las medidas de saneamiento, la protección frente a desastres naturales, etc. como primeros intentos en ese sentido, son actividades bien documentadas desde los primeros asentamientos humanos de importancia. Hay rastros de ello en todas las antiguas civilizaciones (Rosen, 1993; Sigerist, 1943; 1998). En el *demo* de la Atenas del siglo V a. C., por ejemplo, había nada menos que 10 oficiales de salud pública (*astynomi*), la mitad de los cuales, no por casualidad, estaban destinados en el puerto de El Pireo (Rosen, 1993). La *salud pública* fue también uno de los grandes éxitos del Imperio Romano y se concretó a través de la construcción de grandes estructuras hidráulicas, baños públicos, cloacas, limpieza de calles y plazas, especialmente las de los mercados, control de la calidad e higiene del abasto de alimentos, etc. Es decir, la historia demuestra que la morbi-mortalidad poblacional ha sido siempre un tema de preocupación colectiva. En su origen, fue una respuesta social necesaria e inevitable para la supervivencia de la especie, una adaptación cultural a un medio natural o ecosistema.

Tal como la entendemos hoy día, la salud pública nació en el siglo XIX, aunque ya desde el siglo XVIII hasta nuestros días se han venido realizando diversas actividades relacionadas con la salud de las poblaciones que fueron adquiriendo distintas denominaciones (Salubridad, Higiene Pública, Higiene Social, Medicina Social, etc.) (Ryle, 1988). Surgió simultáneamente en distintos países de Europa (especialmente Francia, Alemania y Gran Bretaña) en el contexto de la Ilustración y la Revolución industrial y al amparo del auge de las ideas mercantilistas sobre población. De ahí el espíritu de *reforma social* que desde entonces ha impregnado a la salud pública. Fue necesario asegurar que las crecientes poblaciones que tenían que *vivir juntas* en las ciudades, efectivamente pudiesen hacerlo. En unos casos se recurrió a argumentos filantrópicos e idealistas como el *plan sanitario ilustrado* (Rodríguez-Ocaña, 2008) para legitimar la intervención pública en los

comportamientos privados y sociales (Francia), en otros, como el caso británico, los argumentos, aunque no directamente explícitos (la ironía británica), apuntaban a la necesidad de la Higiene como método de defensa de las clases poderosas frente a las virutas de la industrialización (las masas de obreros y pobres); en Alemania, para la buena y correcta gestión de los Estados en aras de la riqueza de las naciones. El resultado fue que las cuestiones de *higiene* se convirtieron en política, con lo que se estrecha el vínculo entre salud pública y poder. El bien de la colectividad exige el control político de las individualidades y los grupos y de sus actividades públicas. Se trató, en esta fase, de una adaptación cultural a un medio que ya también era *cultural*.

Definida de manera sintética, la salud pública trata de la «defensa de la salud de la generalidad de los individuos que componen una determinada colectividad» (Rodríguez-Ocaña, 1992). La precisión conceptual en la que se basan hoy las distintas definiciones de salud pública la aportó Winslow en 1922³. Según esto, la salud pública se propone asegurar la *adecuación* tanto del medio ambiente como de las prácticas sociales o comportamientos para beneficio de la colectividad. De la definición de Winslow se derivan algunas características esenciales de la salud pública: es una práctica comunitaria y social, globalizadora, pluridisciplinaria e interdisciplinaria (Vaquero, 1992; Martínez-Hernández, 2003). Pero su especificidad más definitoria respecto a la medicina individual es precisamente su enfoque poblacional.

3.2. La salud pública contemporánea

La salud pública contemporánea ha sido un campo de convergencia de disciplinas y actividades muy diversas. Un punto de confluencia de saberes (médicos, epidemiológicos, estadísticos, urbanísticos, sociológicos, antropológicos, jurídicos...) y de prácticas políticas y sociales atravesadas por multitud de visiones e

3 «Salud pública es la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar el bienestar y la eficiencia personal mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para [...] el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles y la organización de los servicios asistenciales para asegurar la prevención y la curación [...] organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad» (citado por Vaquero, 1992).

Salud pública en tiempos postmodernos

intereses. Este hecho ha conformado a la salud pública como un campo de fronteras poco delimitadas, fluctuantes y permeables que se manifiesta de manera especialmente significativa en su relación con la medicina clínica, junto con la que ha constituido el eje central de lo que podemos denominar de forma global como la «institución social de la medicina». La salud pública fue un motor de desarrollo crucial para la constitución del campo de la medicina científica moderna durante el siglo XIX (Rodríguez-Ocaña, 2008). Posteriormente, entre los siglos XIX y XX, estuvo sometida a una serie de vaivenes entre el *laboratorio* y la *medicina social* (Rosen, 1985), con distinta predominancia de uno u otro enfoque en función del contexto histórico-político y del avance de los descubrimientos científicos. Desde mediados del siglo XX se impuso un enfoque biomédico que desplazó el estatus del abordaje poblacional en pos de una individualización y tecnologización crecientes. Todo esto indica que la permeabilidad fronteriza está en la base de la genealogía de ambas estrategias de abordaje de la salud: la individual y la colectiva. Y este hecho marcó una relación paradójica en la que la biomedicina y sus servicios asistenciales individualizados han fagocitado al enfoque de salud pública a la vez que lo han dotado de cierto prestigio y legitimidad, sea debido a la contundencia científica de los saberes clínicos, a la eficiencia de sus resultados, a su tecnología, al poder corporativo del staff medico-hospitalario, a los modos de vida y pensamiento de las sociedades desarrolladas o, simplemente, a las mitologías de la salud y sus chamanes. En todo caso, las funciones de prevención y promoción de la salud (individual y colectivamente consideradas) se vieron desvalorizadas. Hoy continúa siendo así aunque esto empieza a ser cuestionado en parte por la nueva salud pública que se gesta en el marco de los riesgos globales.

De cualquier forma, se ha tratado de una historia inevitablemente compartida porque ambas estrategias de intervención, la medicina individual y la salud pública, comparten un mismo objeto (la salud de la población) y, las más de las veces, unos mismos objetivos y un mismo corpus teórico-metodológico. Ambos enfoques, individual y colectivo, además, han constituido parte de una misma estrategia de los Estados: la «biopolítica» o política de la vida (Foucault, 1989; 2009). Hoy la salud pública sigue siendo una necesidad social colectiva que se incrementa de manera exponencial a medida que crecen los riesgos, al mismo tiempo que un instrumento de control político y social.

4. La salud pública y el *largo proceso de la civilización*

De acuerdo con una concepción dinámica del cambio social, las actuales transformaciones del campo de la salud pública habría que interpretarlas como parte de una largo «proceso civilizatorio» que Norbert Elias define como «un cambio estructural, desde la Edad Media hacia adelante, en los comportamientos y en la estructura emotiva de los seres humanos en un sentido muy concreto: se produce una intensificación y diferenciación de los controles emotivos» (Elias, 1987, p. 48)⁴. Se trata de la regulación de las emociones individuales por medio de coerciones internas o externas. Son cambios que mantienen una única dirección a lo largo de una serie de generaciones, por lo que tienen la forma de proceso, de evolución y que, por tanto, es posible relacionarlos con los cambios estructurales a largo plazo del conjunto de la sociedad. La orientación que hay en el proceso civilizatorio no es teleológica sino culturalmente adaptativa. Es decir, no se va en una determinada dirección porque los sistemas sociales tiendan intrínsecamente hacia un fin (ni consciente ni inconsciente). Simplemente razón y evidencia empírica (prueba-error) confluyen en la adopción de determinados valores y prácticas que se van adaptando mejor a las cambiantes situaciones y procesos sociales⁵.

A la continuidad señalada por Elias se podrían añadir otras continuidades. La historia de la ciencia, de la medicina, de la salud pública, a pesar de los grandes períodos de transformación, presentan importantes elementos de continuidad que, desde los primeros tiempos hasta la *aldea global*, se pueden re-construir para demostrar que se ha tratado de un cambio estructural orientado, es decir, transformaciones de largo alcance en una dirección concreta. En la tradición de la medicina, sabemos que la teoría de los cuatro elementos formulada por Empédocles fue aceptada por la medicina hipocrática y reformulada como teoría de los humores, luego admitida por Aristóteles y, a través de él, por toda la época medieval y moderna hasta Lavoisier (Bernabé, 2001, p. 186). Anaximandro ya anunció una primitiva teoría de la

4 Esto es lo que quiere decir «civilización» (Elias, 1987, p. 32) [...] sin con ello expresar necesariamente la idea de que hacerse más civilizado sea mejor o peor o tenga un valor positivo o negativo (Ibid., p. 17).

5 Conviene aclarar que Elias se aleja de la idea metafísica que vincula el concepto de evolución social bien con la idea de una necesidad mecánica, bien con la idea de una finalidad teleológica. Este concepto de evolución resistiría las llamas que Nietzsche y Foucault prendieron contra la idea de la historia como «reminiscencia»; efectivamente, en este largo proceso «no hay ni providencia ni causa final» (Foucault, 2008).

Salud pública en tiempos postmodernos

adaptación al medio, es decir, una verdadera teoría de la evolución biológica; como también la intuyeron Empédocles, Aristóteles y Anaxágoras más de 25 siglos antes de Darwin y Wallace.

De hecho, desde cierto punto de vista, se podría decir que «somos griegos». Hipócrates llegó hasta el siglo XVIII a través de Galeno (pasando por Platón y Aristóteles). Algunas *maneras de entender* la salud-enfermedad y algunas acciones para responder a la misma forman parte de una larga tradición histórico-cultural. La medicina griega llegó a Asia de la mano de los médicos (*iatroi*) de Alejandro Magno (¿la primera internacionalización sanitaria?), se helenizó extendiéndose por todo el Oriente y fue asumida por el Islam, para ser reincorporada en Europa avanzada la Edad Media. El proceso de internacionalización continuó con la expansión al continente americano y, a lo largo del siglo XIX, la colonización llevó el modelo hasta su máximo nivel de expansión: la globalización de la medicina científica occidental, el denominado *modelo biomédico*, como paradigma hegemónico, que se consolida a mediados del siglo XX. Aun cuando hoy perviven diversidad de prácticas y enfoques sanitarios en el mundo (e incluso dentro de Occidente), todos ellos lo hacen de forma «complementaria» con el modelo occidental. Incluso en la milenaria medicina China. Esto da que pensar y cuestiona ciertos relativismos extremos. ¿Se ha impuesto el modelo biomédico occidental por la fuerza (su poder político y tecnológico) (Rodríguez y de Miguel, 1990) o por la razón (validez científica universal) de sus planteamientos y acciones? ¿Por la eficacia de sus resultados? ¿Es la biomedicina solo uno más de los «regímenes de saber» posibles tan globalmente válido como la medicina ayurvédica, la homeopatía o cualquiera de las *folkmedicinas* existentes? ¿Realmente todo vale?

Somos griegos porque Grecia fue el crisol donde convergieron las demás culturas anteriores, fue un catalizador que reinterpretó y creó una forma de ver, pensar y actuar... y la difundió hacia el futuro. En torno al siglo V a. C., en Grecia, las prácticas empíricas de la *medicina* se despojaron de sus elementos mágico-religiosos y se interpretaron a la luz de la filosofía jónica de la naturaleza (Jaeger, 2004). Ahí empezó la medicina científica que ha llegado hasta nuestros días (evidentemente, con todas las transformaciones que 25 siglos de historia conllevan). «Somos griegos» no es un enunciado «descriptivo» que pretenda dar cuenta cabal de una realidad; se trata más de una proclama «anti-relativista», un envite, precisamente al «metarrelato» de la postmodernidad: el *relativismo extremo*. Porque lo más importante de la

respuesta es que da igual: lo hubiésemos sido de todos modos. O mayas, franceses, egipcios, etíopes, chinos, incas o fenicios... Muy probablemente, la forma y el fondo de algunas de las concepciones y respuestas a los problemas de salud (pública) hoy dominantes hubiesen sido algo similar a lo existente ahora. Tarde o temprano se hubiesen descubierto los genes, los microbios, la inmunología, los antibióticos, la transmisión de la peste y sus remedios, las causas de las enfermedades carenciales, etc. De la misma forma que resulta inevitable que cualquier sociedad tecnológicamente desarrollada acabe superando las explicaciones mágico-religiosas del hecho de enfermar y morir y adoptando conceptualizaciones lógico-rationales. Porque el principio de la evolución socio-cultural, al contrario que el principio de la evolución natural, no es aleatorio. La evidencia histórica demuestra que los sistemas socio-culturales humanos han evolucionado de manera paralela y convergente porque se adoptan las prácticas más adaptativas⁶. A esto hace referencia el concepto de «selección cultural» (Harris, 2007, p.145). Somos griegos, por tanto, quiere decir que un constructivismo crítico no tiene por qué llevar a un relativismo nihilista.

Analizar los cambios desde esta perspectiva de proceso, que tenga en cuenta el trasfondo histórico, cultural y sociológico, ayudará a elaborar mejores diagnósticos de salud pública y sobre todo a jugar mejor en términos del corto-largo plazo, uno de los grandes problemas de las intervenciones de salud pública (Hernández-Aguado et al., 2006). Los cambios actuales no se han producido por generación espontánea, son el resultado de un largo proceso, pero a la vez, la situación actual supone un punto de inflexión crucial, determinante y hasta cierto punto fundacional.

5. La salud total

Tras la amplia diversidad cultural de definiciones de salud y enfermedad se puede rastrear también una *constante* histórica: hasta mediados del siglo XX la enfermedad había sido considerada siempre en un sentido negativo o restrictivo; un factor de impureza moral y degeneración social, como se constata en todos los textos sagrados de las grandes religiones y en las concepciones de la enfermedad presentes en todas las cosmovisiones de la Antigüedad. O bien, definida como algún tipo de

⁶ Por eso, por ejemplo, la agricultura surgió simultáneamente en distintos puntos del planeta tras la última gran glaciación.

Salud pública en tiempos postmodernos

alteración biofisiológica o déficit funcional que incapacitaba para el desarrollo de la vida cotidiana (personal, social y, especialmente, laboral) como ocurrió con la conceptualización de la enfermedad en la modernidad industrial.

Esa constante se rompió a partir del momento en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define, en 1946, la salud desde una perspectiva multidimensional como «el completo estado de bienestar psíquico, físico y social, y no meramente como la ausencia de enfermedad». Con la Declaración de la OMS se produce un giro estratégico clave en la historia de la relación entre las poblaciones humanas y las enfermedades. A esa relación, se suman a partir de ahora los diversos «bienestares» que informan el nuevo concepto de salud. Se inicia con ello una nueva fase que, en el caso de las sociedades occidentales (y las no occidentales van a la zaga) ha continuado *in crescendo* hasta nuestros días en una especie de *explosión semántica* que cada vez deja menos cosas fuera de los límites conceptuales del término «salud». Lo cual ha ido acompañado de un increíble aumento de las necesidades y problemas de salud tanto como de las posibles soluciones. Y, sobre todo, de unas expectativas crecientes por parte de los *usuarios* de los sistemas sanitarios –que ahora son la ciudadanía toda– que ha generado una espiral compleja y de dinámicas contradictorias. La «salud total» es un gran logro y a la vez un gran monstruo que pareciera capaz de devorarlo todo, incluso a sí mismo.

La OMS dotó al término salud de una alta densidad de matices y una amplitud inabarcable. Desde el nuevo punto de vista «bio-psico-social», prácticamente podemos decir que «todo es salud». En esta máxima «todo» quiere decir la vida entera, ya que no hay nada más allá de la frontera bio-psico-socio⁷. Y «salud» quiere decir cualquier aspecto de ese todo vital que objetiva o subjetivamente se desee considerar como tal (puesto que los malestares psicológicos y sociales, e incluso los biológicos, son como el plástico, maleables). Esto tuvo efectos positivos al posibilitar unas condiciones de existencia bastante óptimas para importantes masas de población y su lado oscuro o, al menos, complejo al convertir la salud en algo inalcanzable en vida. Cuando la *salud total* se parece tanto al Paraíso, para alcanzarla habría que estar muertos. Pero además, el hecho de que cualquier aspecto –desde el más íntimo hasta el más social– de la vida de las personas *tenga relación con* la «salud» quiere

7 Excluyendo a la divinidad que, en cualquier caso, siempre entra por la puerta «psi» del sujeto.

decir, entre otras cosas, que se amplía el derecho a decidir y a intervenir en la definición de lo saludable. Si todo es salud, cualquiera puede decidir sobre el diagnóstico y sobre el tratamiento. Se produce una multiplicación de los dioses *Asclepios*⁸. De ahí el quirigay de las múltiples voces que en la actualidad se pronuncian acerca de la salud (profesionales, ciudadanos, pacientes, curanderos, asociaciones, el Estado, los gerentes, las empresas, los sindicatos, etc.). Y la ingente circulación de tratamientos alternativos y/o personalizados, la libre elección de especialista o la lucha de determinados colectivos por ser etiquetados como «legítimamente enfermos». Y suma y sigue, porque multiplicar los dioses particulares implica, siempre, desplazar al Dios único, verdadero. O cuando menos, pierde muchas de sus competencias. A ello se debe la crisis de la medicina occidental y de las *otras*. A partir de la Declaración de la OMS, la salud adquiere una lógica de totalidad, se convierte en un «todo estructurante», en el eje central en torno al cual pivota la vida toda del ser humano. La volatilidad del dinero y la inestabilidad de las emociones han redefinido la trinidad clásica de «salud, dinero y amor» como base de las expectativas de cualquier ser humano «normalizado»; la salud total ocupa ahora el trono (casi) en solitario. Y este hecho *fundacional de la OMS* ha tenido importantes repercusiones en la historia de la salud pública.

8 *Asclepio* era el dios griego de la medicina, transformado luego en *Esculapio* por los romanos.



Las transformaciones sociales de la postmodernidad. Una visión panorámica

No somos capaces de darnos cuenta de la «transvaloración de todos los valores» ocasionada por el paso del nomadismo a la existencia sedentaria, ni siquiera imaginar sus repercusiones psicológicas y espirituales. Ahora bien, los descubrimientos técnicos del mundo moderno representan una revolución de proporciones análogas y cuyas consecuencias estamos lejos de haber integrado.

Mircea Eliade

Comprender los cambios que se están produciendo en el campo de la salud pública requiere contextualizarlos en el marco de las grandes transformaciones sociales contemporáneas. Son éstas las que traban algunas de las preguntas que están en la base del debate actual en salud pública. ¿Cuáles son hoy las características del contexto social y cultural global?, ¿qué cambios de interés se están produciendo en la población?, ¿cómo es hoy la distribución de los patrones de morbi-mortalidad?, ¿qué ocurre con el estatus de la ciencia en una sociedad descreída?, ¿hasta dónde llega la ciencia y dónde empieza la política en el campo de la salud pública?, etc. La necesidad de un mejor conocimiento del mundo actual está presente en los ámbitos

profesionales, técnicos, políticos, gestores o académicos de la salud pública que se debaten acerca de su *misión* en este mundo nuevo. Prueba de ello es la existencia de un amplio debate en los países desarrollados para la preparación de normativas legales y reformas estructurales que promuevan lo que desde hace ya tiempo se viene denominando como *nueva salud pública* (Flenk, 1993). Conocer mejor el mundo actual puede ser útil para concretar y prever cuales serán las implicaciones de dichos cambios sociales en el campo de la salud pública y, por tanto, afinar más en las posibles respuestas que se puedan articular.

En *tiempos postmodernos* resulta difícil diferenciar los difusos límites entre cambios económicos, sociales, culturales, políticos o tecnológicos. Las grandes transformaciones sociales de la era global están tan interrelacionadas que resulta difícil descomponer el todo en sus partes constituyentes. Aunque algunos de esos cambios, como el desarrollo de la ingeniería genética o las tecnologías de la información, son más determinantes que otros, la hipercomplejidad postmoderna obliga a un análisis interrelacionado, es decir, a contemplarlos desde una visión panorámica que permita ver sus profundas interconexiones. Pero, además, comprenderlos requiere abordarlos desde una cierta perspectiva genealógica que tenga en cuenta el devenir histórico de estos procesos de transformación social.

Todos ellos, se articulan en torno a algunas dinámicas esenciales relacionadas con la coherencia interna de los mismos, los ritmos de evolución, su alcance y posible reversibilidad. Sintéticamente podríamos agruparlas como sigue.

Dinámicas contradictorias

Los cambios, y su carácter contradictorio, al menos analizado a corto plazo, constituyen rasgos inherentes a cualquier sociedad. Se pueden observar muchas dinámicas contradictorias de peso en las sociedades postmodernas, como la relación entre lo global y lo local, o el incremento de información y la disminución del conocimiento (o cuando menos, no parece haber una relación directa entre ambos), o el aumento simultáneo de la estabilidad y la incertidumbre, del control social y de la máxima libertad, etc. En todo caso, lo importante para el análisis del cambio social es distinguir si se trata de cambios estructurales o no y, en el primer caso, saber si, como planteaba Elias, mantienen o no una dirección determinada.

Alta velocidad: la aceleración de los ritmos de cambio

En el mundo actual, las instituciones, los grupos y los individuos, las prácticas y los valores cambian a una altísima velocidad. Lo que hoy impera con total validez, utilidad, belleza o funcionalidad mañana será obsoleto. Esto, en parte, es fruto de la lógica del mercado que diseña los productos para ser obsoletos al instante (la informática y la telefonía móvil son un significativo ejemplo de esta «obsolescencia programada»); y, por otro lado, es debido a la «compresión» del tiempo y del espacio que han posibilitado las nuevas tecnologías de la información y la comunicación: todo es instantáneo. Esta lógica se ha extendido a otras esferas sociales distintas de la tecnología y del consumo, y constituye un rasgo fundamental del cambio social postmoderno. La idea de eternidad ha sido sustituida por la de obsolescencia.

Profundidad versus superficialidad de los cambios

¿Afectan estos cambios a cuestiones estructurales determinantes o se trata meramente de cambios superficiales? Muchos cambios sociales solo se producen en la superficie. Un ejemplo significativo lo constituye la defensa del medio ambiente que ha conseguido una enorme aceptación social no siempre coherente con las prácticas de consumo o de producción. Otro ejemplo puede ser la superficialidad con la que se incorpora la denominada «perspectiva de género» en los ámbitos profesionales o en los mundos vitales; su incorporación se limita al orden del discurso y no es incompatible con el mantenimiento de prácticas sexistas, machistas, homófobas, misoginias, etc. Sin embargo otros muchos cambios parecen tener un carácter acumulativo. Por ejemplo, el avance en el terreno de los derechos humanos básicos: aunque resulte difícil su implementación, aunque se sigan vulnerando en numerosas partes del planeta, su legitimación social no ha cesado de aumentar.

Irreversibilidad de los cambios

Pero, ¿implica la profundidad irreversibilidad? Incluso las transformaciones de carácter más profundo, ¿son cambios irreversibles? Algunos no han sido reversibles desde el comienzo del proceso civilizatorio. La concepción de la salud como derecho, ya no parece tener marcha atrás. Como tampoco parecen reversibles las conquistas en derechos humanos y políticos, en protección de la infancia, en la igualdad de género, en la defensa de la naturaleza y los animales, etc. El nuevo modo de producción «está cambiando nuestra cultura y lo hará para siempre» (Castells, 2008, p. 401). En algunos grandes temas, mantenemos una dirección de fondo, lo que no excluye retrocesos y desvíos.

1. Los procesos de globalización

1.1. La globalización: el hecho y sus implicaciones

El término globalización hace referencia a la interconexión global de los procesos económicos, tecnológicos, políticos, sociales, culturales, medioambientales, migratorios, etc., en un mundo cada vez más fusionado en una unidad planetaria. En el marco de la globalización confluyen la Sociedad de la Información y el Conocimiento (Drucker, 2002) y la Sociedad del Riesgo (Beck, 1998). Paralelamente, se ha producido una importante hibridación cultural y han aparecido «nuevos actores globales o *transnacionales*» (Beck, 2002) como las multinacionales, las ONG y los movimientos sociales de nuevo cuño. Entre tanto, se ha ido diluyendo el poder de los Estados y se han incrementado las desigualdades sociales en todo el mundo. Como consecuencia, están surgiendo muchos conflictos bélicos locales pero que cada vez tienen más consecuencias globales. Todos estos procesos se han reforzado mutuamente y están generando una nueva *mentalidad*, una conciencia global. En definitiva, la globalización implica una nueva forma de organizar la producción, las relaciones y los valores. O lo que es lo mismo, una nueva forma de «estar-juntos» como especie, una *civilización global*.

El resultado de estas interacciones es el fenómeno de la «glocalización» (Robertson, 2003): global y local a un tiempo. Este término expresa el cambio que se ha producido en la dialéctica entre las *cuestiones globales* y las *cuestiones locales* al difuminarse los límites entre ambas realidades. La *glocalidad* de los riesgos es el mejor ejemplo. La política de EE.UU. o China frente al cambio climático, ¿es un problema local o global? El deshielo polar –que provocamos globalmente– hará desaparecer de la faz de la tierra a Bangladesh y otras zonas «locales» del planeta; una crisis de impagos relacionada con hipotecas de bajo coste (y alto riesgo) en EE.UU. ha desencadenado la mayor crisis económica mundial desde la segunda Guerra Mundial. Es a esto a lo que se ha llamado «efecto mariposa», a la extrema interconexión y sensibilidad de un mundo «glocal». La globalización ha generado un «contexto global» que hace muy compleja la dialéctica entre universalismo y localismos.

1.2. La globalización como proceso histórico de largo alcance

Si tenemos que hablar de una «macro tendencia» en el mundo contemporáneo, ésta no sería otra que la idea de «globalización». En sí misma, como *idea-resumen*, puede describir adecuadamente el momento de cambio presente por sus connotaciones de totalidad, globalidad e inmediatez. Todo. En todas partes. A todas horas. Ser, materia, espacio y tiempo confluyen simultáneamente en el marco de un largo proceso de la civilización. Es la complejidad del orden social llevado a su máxima expresión (de momento), un «orden social global» (aunque no esté muy *ordenado*) en el que todo lo demás cobra sentido.

El origen de la fase actual hay que situarlo a finales de la década de los 70 por la coincidencia histórica de varios procesos independientes que confluyen conjuntamente: la crisis energética y económica, la revolución tecnológica y a la aparición de movimientos sociales *culturales*, más allá de los movimientos *de clase* (Castells, 2003). Sin embargo, la historia de la humanidad en sí misma, desde sus orígenes en África y la posterior expansión hacia el resto del planeta podría considerarse como la historia de una globalización. Visto con retrospectiva, era evidente que no nos íbamos a quedar en las sabanas africanas⁹. Desde entonces las distintas interacciones entre «seres» (culturas), tiempos y lugares se han ido incrementando. Del mundo mesopotámico a la expansión helenística y el imperio romano, del descubrimiento de América a los distintos imperialismos europeos del siglo XIX y primera parte del XX, de la Ilustración a la *macdonalización* o la colonización del mundo por las cocinas y medicinas hindú y asiática..., todos estos ejemplos han constituido hitos en este largo proceso de interconexión global de la especie humana. Han supuesto intercambios crecientes de bienes, ideas y personas, de cosmovisiones, prácticas y tecnologías. Un *flujo cultural* permanente desde las sociedades de la Antigüedad clásica hasta nuestros tiempos. Pero ninguno de estos intercambios había llegado nunca al nivel actual.

Norbert Elias ya intuuyó la idea de globalización como «fase inevitable» del proceso de la civilización: «El aumento de las interdependencias en zonas más y más extensas hace que ya se perfilen en el horizonte las luchas por la hegemonía en un sistema de interdependencia que abarcará a toda la tierra habitada» (Elias, 1987, p. 521). Y

⁹ Como mirando con «prospectiva» resulta evidente que tampoco nos quedaremos en el planeta Tierra. La NASA y la Agencia Espacial Rusa ya preparan el primer viaje tripulado a Marte para 2035.

Elias se quedó corto. La globalización convierte en obsoletos los conceptos «tierra» y «habitada» como descriptores de todo el mundo que es posible. Las luchas actuales por la hegemonía desbordan conceptualmente estos términos, los conflictos ya están también fuera de la Tierra (en la conquista del espacio) y en sitios no habitados (en los polos, en las selvas, o en las áreas deshabitadas del planeta ricas en recursos). La idea de la aldea global se ha materializado como realidad. Que el epicentro de este macro proceso haya estado en la cultura occidental ha sido solo una coyuntura histórica. Ya estamos ante el hecho consumado de una cultura que tiende a ser universal.

1.3. La politización del término

La definición misma de lo que sea la globalización (qué elementos se incluyan en ella, qué juicios ético-morales) es controvertida, forma parte de la lucha política; se trata de un término altamente politizado. El término globalización no tiene un significado unívoco, ni para los principales actores del proceso ni para los analistas sociales. Para unos la globalización es una mera «construcción ideológica» (Touraine, 1999) al servicio del mercado, una transformación más del capitalismo (Jameson, 2008) con una lógica única y muy clara: la institucionalización del mercado mundial en una «economía-mundo» (Yabar, 1986; Wallerstein, 2007) en la que se globaliza la riqueza y se localiza la pobreza (Bauman, 1999). El neoliberalismo pretende que con su *mundo-empresa* llegó *el final de la historia* que hace ya algunos años nos anunciara el arcángel Francis Fukuyama. Los movimientos anti-globalización, por su parte, afirman que estaríamos ante la mismísima reencarnación del maligno. Pero el *globalismo liberal* no cierra el campo semántico que la globalización implica: una sociedad «políticamente multidimensional, policéntrica y contingente» (Beck, 2002). Ni los aspectos negativos del proceso, ni los intentos de apropiación del significado del mismo por parte del neoliberalismo deben impedir entender la globalización como un proceso en construcción abierto a posibilidades múltiples.

1.4. La segunda globalización

La globalización ya no se relaciona exclusivamente con un fenómeno capitalista occidental. La propia dinámica de los acontecimientos globales ha hecho cambiar los

centros de decisión política, económica, científica y cultural. El eje de desarrollo del Pacífico Asiático (*los dragones del Pacífico*) es ya un ejemplo consumado de esto. El creciente desarrollo de países como China, la India o Brasil constituyen otro ejemplo. Los centros de poder en el mundo global son difusos y, desde luego, se encuentran bastante deslocalizados ya que las nuevas tecnologías hacen que se muevan en un espacio de *flujos* (a veces virtuales, como ocurre con los flujos financieros globales) más que en un espacio de lugares (Castells, 2008). La primera globalización, con las deslocalizaciones y las descentralizaciones a gran escala, desató una serie de fuerzas centrífugas descontroladas que marcan el fin del monopolio que Occidente poseía desde el siglo XVII, ya sea en términos políticos (la democracia), económicos (el mercado), científicos (las tecnologías) o intelectuales (la modernidad) (Artus y Virard, 2009). La transferencia de actividades económicas clave de los países más desarrollados hacia los países emergentes durante la primera globalización ha desmantelado parte del sistema productivo primario occidental (por ejemplo, la especialización agrícola e industrial) generando una situación de «colonialismo inverso» (Giddens, 2008) que ha dotado a las nuevas economías emergentes de una nueva capacidad de negociación, de decisión y liderazgo en una economía global que ya no respeta las viejas fronteras del viejo Occidente. Ha empezado la «segunda globalización» (Artus y Virard, 2009) o los efectos perversos, de la primera globalización. Un boomerang de retroceso centrífugo e incierto.

2. Las migraciones globales

Las migraciones, voluntarias o forzadas, han sido una constante en la historia de la humanidad. De África al estrecho de Bering, de Egipto a la *Tierra Prometida*, la migración europea a partir del siglo XV, los *trasvases demográficos* que supuso la esclavitud o la llegada al Occidente desarrollado de importantes flujos de migración de casi todo el planeta a finales del siglo XX dan cuenta de un permanente trasiego demográfico a lo largo de la historia. Mirando con retrospectiva, desde un «*enfoque naturalista*», parecería que siempre fue así; estaríamos ante un *eterno retorno*. Sin embargo, aun siendo cierto esto (si las migraciones no hubiesen sido una constante, no habríamos salido de África), algunas similitudes históricas no deberían impedir apreciar la especificidad del momento presente. El «*enfoque histórico*» acepta esa *naturalidad* de las migraciones, pero considera que el proceso actual es *históricamente distintivo*

(Zapata-Barrero, 2004); el mundo contemporáneo ha experimentado un crecimiento, como nunca antes, de los movimientos migratorios a escala planetaria (Castles y Miller, 1998) que nos ubicaría en la «era de las migraciones» (Kimlicka, 2002).

2.1. El concepto de «migración global»

Desde la década de los noventa se intensificó el cambio demográfico relacionado con el nuevo modo de producción globalizada. Derribado el muro de Berlín, el neoliberalismo campó a sus anchas extendiendo la flexibilización del trabajo (tanto en los países emisores como en los receptores de las migraciones) y provocando cambios profundos en los patrones mundiales de comercio e industrialización. ¿Cómo influyó esto en la construcción de las migraciones globales? Cambió el volumen (un incremento enorme) y la escala (un fenómeno globalmente extendido), impulsando con ello una *transición geodemográfica* de dimensiones globales. A esto se refiere el concepto de «migración global».

El carácter global del fenómeno se pone de manifiesto al analizar los modelos de inserción social y laboral diferenciados (Ribas, 2004). En Europa y las demás zonas del mundo desarrollado existe una «especialización profesional» de las migraciones globales de carácter étnico nacional que se genera en función de las necesidades de los diversos sectores productivos de los países receptores. Por otra parte, su globalidad también se deja ver por lo indispensable que resulta la colaboración internacional en la gestión de los flujos migratorios, sea debido a motivos jurídico-legales, al control de flujos de entrada de trabajadores o como posibles medidas sanitarias ante la declaración de alertas y/o epidemias que tan frecuentes parece que serán en el futuro y que podrán requerir el control de la movilidad de las personas. Con el caso de la gripe A H1N1 (en adelante, generalmente, gripe A) algunos Estados ya emitieron recomendaciones de «no viajar a»; no es descartable en el futuro la declaración de bloqueos sanitarios internacionales, al modo de los antiguos cordones sanitarios fronterizos. De otro lado, sus implicaciones sociales y culturales de amplio espectro en áreas como la demografía, el urbanismo, el derecho, la historia, la política o incluso la religión también denotan su globalidad. Hemos entrado en una nueva fase en la que los movimientos demográficos se producen en un contexto global, es decir, son movimientos de población globalmente interconectados. El proceso de multiculturalidad derivado de la migración global tiene, por tanto, tres significados principales: global, histórico y político-económico que

se articulan en torno a varias contradicciones fundamentales (migración interna/internacional, voluntaria/forzada, temporal/permanente, regular/irregular) y que están presentes, de una forma u otra, en todos los procesos migratorios de la aldea global.

En España es a partir de los años 90 cuando el panorama cambia con la entrada continua y creciente de migrantes extraeuropeos que acuden motivados por las necesidades del mercado laboral español y la búsqueda de mejores condiciones económicas y calidad de vida. Esta tendencia se intensifica a partir del año 2000, entrando con ello en lo que podríamos llamar un «patrón migratorio globalizado». En 2002 la población inmigrante en España se situaba en torno al 2,5%; en 2009, esta cifra se acercaba ya al 10% de la población total (Observatorio Permanente de la Inmigración, 2009).

2.2. Viejas y nuevas motivaciones

Tradicionalmente, las migraciones han venido motivadas por razones económicas, por desplazamientos del campo a la ciudad, flujos de refugiados y asilo político, o por los grandes desplazamientos que generó la colonización. En las nuevas formas de migración global, además de mantenerse esos factores, aparecen algunos nuevos: negocios, educación, salud, jubilación, ocio e incluso, cierta movilidad como estilo de vida, o el refuerzo de poderes locales mediante la entrada de divisas en algunas zonas emisoras de población.

Sin embargo, la causa fundamental tiene que ver, básicamente, con los procesos de reestructuración económica de los mercados de trabajo en los países desarrollados (Castles y Miller, 1998) y su «oferta elástica» de trabajo. Desde 2003 se observa una desaceleración del aumento de la productividad en todos los países desarrollados que, unido al envejecimiento poblacional, mantendría el crecimiento económico potencial a niveles mínimos cuando no negativos a no ser por el recurso a la inmigración (Artus y Virard, 2009). Otros factores, como las limitaciones de las economías del Tercer Mundo exportadoras de mano de obra, las deslocalizaciones diversas y la pérdida de control de los Estados nacionales explican parte del proceso.

En el mundo actual, a lo largo del planeta, muchos grupos sociales han convertido la migración en su forma de vida; los menos, como una opción libremente elegida, los más,

como una necesidad vital de primer orden. Las necesidades percibidas como importantes no siempre y necesariamente se corresponden con un concepto *técnico* de «necesidades básicas». Cada vez más, y no solo en el Occidente desarrollado, las personas aspiran a satisfacer necesidades de orden simbólico y de calidad de vida que sobrepasan el concepto de necesidades primarias. Es innegable que las comodidades occidentales expuestas al mundo por los medios de comunicación juegan un papel importante, para un considerable porcentaje de personas, en la decisión de emigrar como forma de buscar una mejora de la calidad de vida, una calidad de vida occidental convertida en aspiración universal.

2.3. Tendencias migratorias en el marco de la globalización

Desde el año 2000 se ha producido un incremento del volumen de migraciones globales concordante con las tendencias apuntadas por distintas previsiones (Castles y Miller, 1998) y que se pueden resumir en cinco tendencias principales.

1. **La globalización de las migraciones.** Cada vez es mayor el número de países y zonas productivas de la economía global que se ven afectados por diferentes movimientos migratorios simultáneamente. Más países se convierten en receptores; y aún mayor es el aumento en la diversidad (cultural, social y económica) de las áreas de origen. Esta tendencia se intensificará debido a las disparidades socioeconómicas globales y a las migraciones ecológicas relacionadas con el cambio climático¹⁰.
2. **La aceleración de la migración.** Todos los flujos migratorios están creciendo en volumen en todas las regiones principales; se está produciendo una aceleración del índice de movilidad global. La volatilidad de los mercados de trabajo mundiales puede acelerar los flujos.
3. **La diferenciación de la migración.** La mayoría de los países receptores no reciben solamente un tipo de inmigración (como la laboral, los refugiados, migrantes estacionales o el asentamiento permanente) sino que presentan varios tipos de inmigración simultáneamente. Se produce una diferenciación de flujos migratorios.

¹⁰ Como podría ocurrir en el sudeste asiático y en muchas islas del Pacífico debido a la subida del nivel del mar o en Asia central, por los problemas de subsistencia que se pudieran ocasionar como consecuencia del deshielo en el Himalaya.

4. La feminización de la migración. Desde los años 60 las mujeres han tenido un papel destacado en la migración laboral en todas las regiones y en todos los tipos de migración. Hoy, las mujeres trabajadoras son mayoría en muchos movimientos migratorios (Cabo Verde, Filipinas, Ecuador, etc.) y en un número creciente de áreas productivas.

5. La politización de la migración. Las políticas nacionales, las relaciones bilaterales y las políticas de seguridad nacional de los Estados del mundo se ven cada vez más afectadas por la migración internacional (Comelles, 2007). Como consecuencia, las políticas estatales dirigidas a los inmigrantes y a las minorías se han vuelto más complejas y contradictorias. Y sus dificultades aumentarán, siendo cada vez más frecuentes las actuaciones políticas de urgencia. En España, un ejemplo de la urgencia de las medidas políticas lo constituye el hecho de que con la última reforma de la Ley de inmigración (septiembre 2009) ya llevamos cuatro reformas en ocho años¹¹. Esta última tendencia es especialmente importante porque el hecho migratorio constituye, probablemente, el hecho político actual más significativo para las democracias occidentales.

2.4. Los impactos de las migraciones globales

Los fenómenos migratorios tienen un impacto importante tanto en las sociedades receptoras de población como en las emisoras¹². En las receptoras su impacto más inmediato se produce en el mercado de trabajo (en las dinámicas de los distintos sectores productivos y en los tipos de inserción laboral y social) y en su contribución al crecimiento poblacional.

Paralelamente, se produce un impacto en términos jurídico-políticos, ya que las nuevas minorías (con culturas e identidades distintas) cuestionan algunas nociones clave para las democracias liberales. El crecimiento demográfico en España, por ejem-

11 Otro ejemplo de esta politización en España se produjo en marzo de 2008 tras la regularización por parte del gobierno socialista de unos 600.000 trabajadores indocumentados. El líder de la oposición pretendiendo centrar en ello el debate político acusó al gobierno de haber provocado una «avalancha» de inmigrantes clandestinos.

12 En las sociedades emisoras de población se produce también un fuerte impacto socioeconómico y político a corto y medio plazo. Y un importante impacto cultural de efectos retardados.

plo, ha sido debido a la mayor tasa de fecundidad de las poblaciones inmigrantes. O, en otras palabras, hoy hay más «españoles» porque hay más «extranjeros». Esta paradoja informa de manera elocuente sobre lo resbaladizo de la noción de identidad nacional, de su carácter socialmente construido. En el futuro, ya no dependerá tanto de «esencias» compartidas desde los *orígenes* por un determinado grupo poblacional que habita un territorio más o menos delimitado y que, a veces, comparten ciertos códigos de comunicación (un lenguaje en común) diferenciados de «otros», según una definición *estándar* de «cultura» (Kimlicka, 2002). ¿Cómo evolucionará el *seny* catalán a medida que esté siendo experimentado por personas procedentes de Tanzania, China, Mozambique o Bolivia? Es evidente que el fenómeno de las migraciones globales socava algunos de los principales supuestos ontológicos de la idea de «nación» tal como ésta ha sido concebida desde el siglo XIX. El concepto de ciudadanía también se verá trastocado. De hecho, un elemento de tensión política importante en el futuro será la disputa en torno al derecho al voto de los inmigrantes.

Por último, se puede hablar de un impacto social y cultural relacionado con los procesos de aceptación o rechazo intercultural y por sus potencialidades como elemento funcional y/o como factor de fractura social. En Europa, EE.UU., Canadá y las demás zonas del planeta receptoras de inmigración algunos sectores –políticos, científicos, periodísticos, líderes locales o población en general– han problematizado el hecho migratorio, percibiéndolo como una amenaza («choque de civilizaciones») y perviven enfoques y actitudes interculturales (receptivos al pluralismo) con posturas xenófobas, racistas e intolerantes (van Dick, 2003); la actual crisis económica está intensificando algunos de los términos de esta realidad. La inmigración supone un desafío para el Estado de derecho y pone a prueba el alcance y contenido del concepto de tolerancia (Seguí, 2002).

En síntesis, se trata de un fenómeno de dimensiones globales muy importantes que, más allá de las cuestiones relacionadas con el mero *hecho demográfico* del desplazamiento de grandes masas de población, planteará importantes retos, debates y cambios socioculturales en las múltiples partes implicadas (países receptores y emisores, países de tránsito, Estados nacionales, asociaciones y ONG, instituciones nacionales y supranacionales –las de salud y educación de forma especial–, etc.). Las implicaciones políticas, por tanto, pueden ser importantes para las democracias occidentales. También para los sistemas políticos de los Estados emisores de población. Y, desde luego, el hecho migratorio estará inevitablemente presente en cualquier política de salud pública.

3. La revolución científico-tecnológica

«Todos los sistemas de producción de rápida intensificación –sean socialistas, capitalistas, hidráulicos, neolíticos o paleolíticos– afrontan un dilema común. El incremento de la energía invertida en la producción por unidad de tiempo sobrecargará, inevitablemente, las capacidades autorrenovadoras, autodepuradoras y autogeneradoras del ecosistema.

Sea cual sea el modo de producción, solo existe un medio de evitar las catastróficas consecuencias de la disminución de los rendimientos: pasar a tecnologías más eficaces. Durante los últimos quinientos años, la tecnología científica occidental ha estado compitiendo contra el sistema de producción de más rápida e inexorable intensificación en la historia de nuestra especie».

Marvin Harris

De todas las transformaciones sociales en marcha, la revolución tecnológica es la de mayor calado, por la profundidad y extensión de sus implicaciones sociales que son irreversibles y que condicionarán todo posible futuro. La tecnología es la clave para poder entender el mundo contemporáneo porque son las redes tecno-informativas las que hacen posible plenamente la globalización y los demás procesos de cambio relacionados.

3.1. Tecnología, cultura y sociedad

La compleja interrelación entre desarrollo tecnológico y social no permite entender uno sin el otro porque en todas las sociedades la tecnología ha tenido un papel preponderante en la vida social¹³. De ello no se puede deducir directamente que todos los cambios sociales contemporáneos sean consecuencia de la revolución tecnológica. El individualismo, los cambios en las relaciones de género y los nuevos valores culturales, por ejemplo, encuentran explicación en procesos relativamente ajenos al desarrollo tecnológico como tal y estarían más relacionados con la evolución política de las democracias occidentales, el avance de los derechos humanos, las leyes del

¹³ La tecnología es «el uso del conocimiento científico para especificar modos de hacer cosas de una manera reproducible» (Castells, 2008, p. 60).

mercado, etc. Sin embargo, tampoco es posible olvidar que la revolución tecnológica está impactando en esos ámbitos de la existencia de manera determinante. Estamos, por tanto, ante desarrollos paralelos aunque convergentes.

Históricamente, ha sido el Estado el gran impulsor o ralentizador del desarrollo tecnológico (Castells, 2008), sin embargo, a la luz del avance de la Sociedad de la Información y el Conocimiento (SIC), parece estar poniéndose de manifiesto un cambio importante: el debilitamiento del papel del Estado y de la sociedad civil en la gestión del «infomercado» y la «infosociedad». Hoy son las grandes empresas multinacionales, los «Señores del Aire» (Echeverría, 2007), que controlan el mercado de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), los que marcan las reglas en la SIC actualmente existente. El Estado, limitándose a ciertas regulaciones, no está resultando en este proceso tan importante. El control del desarrollo tecnológico ahora está en manos de los mercaderes, lo que constituye una novedad de los tiempos postmodernos.

¿Por qué ha sido tan importante la tecnología? La tendencia a intensificar la producción se puede observar en el desarrollo de todas las sociedades humanas. La intensificación es la «inversión de más tierra, agua, minerales o energía por unidad de tiempo o área» (Harris, 1990) o, en otras palabras, el incremento del uso de recursos por unidad de espacio/tiempo. Se trata de una respuesta a las amenazas de pérdida de calidad de vida que implica ley de rendimientos decrecientes. Pero tiene un problema: es siempre antiproduktiva. Si no hay cambio tecnológico, conduce siempre al agotamiento; entonces se inventarán medios de producción más eficientes que tarde o temprano llegarán de nuevo al agotamiento. Una de las funciones clave de la tecnología ha sido la de *mediar* en esta universal e inevitable tensión entre población y producción. La intensificación es inevitable y solo tiene solución parcial a través de la tecnología. Ahí radica su importancia.

En el momento actual de evolución de la humanidad la tecnología ha multiplicado exponencialmente su importancia: se ha convertido en el principal motor de desarrollo y transformación social, económica, política, cultural y personal. El modo de producción informacional (Castells, 2008) ha supuesto una acentuación del «determinismo tecnológico» porque, entre otras cosas, la relación entre tecnología y sociedad ahora se articula de acuerdo a una nueva lógica: es de naturaleza interactiva. La tecnología nos cambia la vida (nuestras maneras de hacer y de ser) y, a su vez,

nosotros, cambiamos la tecnología (a través de los diferentes usos y aplicaciones que hacemos de ella), la cual volverá a incidir nuevamente sobre nosotros, en un proceso de retroalimentación al que resulta difícil ver el fin. Los programas de software libre, las enciclopedias, los juegos interactivos, etc., son ejemplos de ésta lógica que reconceptualiza lo tecnológico de mera «herramienta» que aplicar a «proceso» que desarrollar¹⁴. Un proyecto inacabado de creación colectiva, social. Y no se trata de un determinismo tecnológico *militante*. Simplemente, la tecnología siempre ha sido clave porque la tecnología es la máxima sofisticación de la cultura y la cultura es nuestra estrategia de adaptación al medio.

3.2. Contextualización histórica y sociológica de las revoluciones tecnológicas

Durante la edad de piedra, hace entre unos 30.000 y 12.000 años, se produjo una larga y lenta «evolución» tecnológica consistente en el perfeccionamiento de útiles y técnicas de caza que reforzó la preponderancia de nuestra especie sobre las demás. Eso fue una evolución. Desde entonces hasta aquí, la humanidad ha conocido tres grandes «revoluciones» tecnológicas con capacidad para cambiar *sustancialmente* la vida humana: la revolución neolítica, la revolución industrial y la actual revolución científico-tecnológica. Veamos brevemente qué implicaciones sociológicas tuvieron las dos primeras.

a. La revolución neolítica o revolución agrícola, producida tras la última glaciación hace entre 8.000 y 12.000 años aproximadamente, transformó los modos y relaciones de producción (de recolectores a *productores*) y las formas de vida en común (de nómadas a *sedentarios*). Se inició con ello el desarrollo de la agricultura y la ganadería, que fueron el primer acto de selección, modificación genética y *cultivo* de especies animales y vegetales por parte del ser humano. Y con la domesticación de animales se dio un paso más allá: la modificación genética del *comportamiento* (Smith, 2001). A partir de ahí, desde la lechuga al plátano, desde el cordero (de Dios) hasta el pollo de granja *casi* todo son inventos, construcciones humanas. Cerdos, vacas, maíz, arroz, etc., no son más que «creaciones biotecnológicas».

14 «Lo importante no es la tecnología, es lo que tú haces con ella» (Nokia).

lógicas prácticas» (Silver, 2007) del ser humano¹⁵. La «naturalidad» de todas las plantas y animales que rodean la vida del ser humano hace mucho que se evaporó en la noche de los tiempos de sus primigenias variedades *asilvestradas* (es decir, sin *cultivo*, sin *cultura*). Se produjo así el descubrimiento intuitivo de los genes, los inicios de la «biotecnología». En cierto sentido, la *biotecnología* había surgido mucho antes, aunque a escala importante como para modificar la humanidad y la biosfera se inicia con la revolución agrícola de manera independiente en muchos lugares del mundo (Fedoroff, 2003), lo que refuerza la hipótesis de desarrollos paralelos y convergentes y el principio de selección sociocultural no aleatoria¹⁶.

De manera paralela, el nuevo modo de vida exigía asentamientos estables capaces de dar cabida a grupos amplios de población. Así se fue desarrollando la necesidad de canalizaciones de agua, saneamientos y otro tipo de instalaciones necesarias para esta nueva forma de «estar-juntos» que se iniciaba, primero en torno a aldeas y con el tiempo dando lugar a ciudades. Aquí emerge el «factor poblacional» como potencialidad inevitable¹⁷.

El entorno agrícola fue el «primer entorno» (Echeverría, 2007) del ser humano. Y esto se produjo con la revolución neolítica. Sin ella hubiésemos perecido en un mundo en el que el apetito global de las crecientes poblaciones esquilma plantas y animales silvestres. La tecnología agrícola y ganadera no solo permitió controlar y dominar el entorno (la naturaleza), permitió empezar a construirlo. Esto supuso una transformación clave en la relación del ser humano con el medio ambiente físico. Aquí se inició un proceso de cambio (de largo alcance) en la autocomprensión del ser humano que transformó para siempre la relación de nuestra especie con las demás y, más importante aún, las relaciones de los seres humanos *entre sí* (las relaciones sociales). La «intensificación productiva» de la

15 Desde hace unos 12.000 años, por tanto, los comportamientos «naturales» de los animales son «sociales» (es decir, creados y manipulados por el ser humano). Igualmente podemos decir de todas las frutas y vegetales que consumimos. El plátano, por ejemplo, no existía antes de que el ser humano lo creara en el sudeste asiático mediante cruces de especies silvestres. Y, dada la alta concentración de ADN de su pulpa, no puede reproducirse sin la acción del ser humano (Silver, 2007). ¿Hay, pues, algo más cultural que un plátano o una vaca? Interesantes paradojas.

16 El trigo y otros cereales que hoy consumimos se «inventaron» hace unos 8.000 años en Mesopotamia. En la antigua ciudad de Jericó y en otras zonas también se han encontrado pruebas del cultivo otros cereales (Fedorof, 2003).

17 Las condiciones para la *inevitabilidad* de salud pública ya estaban puestas desde ese momento.

Salud pública en tiempos postmodernos

revolución agrícola fue un punto de inflexión crucial en la historia de la especie humana y abrió el camino de la civilización.

b. Las revoluciones industriales de los siglos XVIII y XIX se caracterizaron por una intensificación de la producción y el intercambio de productos y servicios a partir, fundamentalmente, del descubrimiento y aplicación de nuevas fuentes de energía (carbón, vapor, electricidad, petróleo). En esta ocasión, los modos y relaciones de producción industriales exigían un extraordinario crecimiento urbano, lo que condujo a una altísima aglomeración de seres humanos en ciudades desbordadas por un crecimiento muy rápido y desordenado (el mayor desplazamiento de personas desde el campo a la ciudad en toda la historia de la humanidad). Un fenómeno avivado por la incipiente «transición demográfica» que supuso un extraordinario crecimiento poblacional: entre mediados de los siglos XVIII y XIX la población europea creció más del doble. Así surge (se *construye*) el «factor urbano» como realidad y como problema, que cobra dimensiones inéditas hasta el momento. Nada parecido había ocurrido en las grandes ciudades de la Antigüedad, ni tampoco en las ciudades medievales preindustriales¹⁸. Estas ciudades nunca tuvieron que hacer frente ni a un volumen semejante de población, ni a un crecimiento tan rápido ni, lo que es más importante, a una vinculación tan directa entre producción y espacio urbano; la urbe de la Antigüedad nunca fue un espacio de y para la producción de una forma tan marcada, fue más un espacio social y político en el que convivir y gestionar la producción del campo y del comercio, un espacio de intercambio, un ágora, un mercado.

Pero, además de convertir la ciudad en espacio de producción, la revolución industrial supuso otra novedad: esa «producción» es más nociva para la vida en común (los medios y energías empleados, así como los desechos son más peligrosos que antes). Aquí, precisamente, estuvo el germen que dio lugar al nacimiento de la salud pública tal como hoy la entendemos. Controlar las condiciones de higiene y salubridad en tales circunstancias se convirtió en una prioridad política fundamental para el desarrollo de los Estados nacionales. Por eso, la medicina y la salud pública se convirtieron en estrategias de «biopolítica» (Foucault, 2009) dirigidas a *bio-controlar* a las nuevas poblaciones. En suma, con el giro poblacional

18 Lo mismo se puede decir para las ciudades chinas, indias o de la América precolombina.

de la revolución industrial aparece la ciudad como síntesis del medio ambiente natural y social. Surge así, plenamente, el «segundo entorno» (Echeverría, 2007) del ser humano, el «entorno urbano».

3.3. La revolución científico-tecnológica del siglo XX

La revolución post-industrial, que se inicia a partir de los años 70 del siglo XX tuvo su origen en el desarrollo de la microelectrónica y el descubrimiento de nuevos materiales semiconductores (silicio, especialmente) que permitieron pasar de la tecnología *hard* a la microtecnología (transistores) y de ésta a la nanotecnología (circuitos integrados, microchips, microprocesadores...). Todos los soportes pudieron ser reducidos a mínimas expresiones y mínimo consumo energético, mientras que se incrementaba de manera exponencial su capacidad de almacenamiento y uso, su funcionalidad y convergencia con otros productos y aplicaciones. Esto permitió el desarrollo de nuevos tipos de productos relacionados con la información y los servicios que a su vez revolucionaron los propios modos y relaciones de producción. Esta viciada circularidad es un nuevo giro estratégico de la historia con el que entramos en la *era informática*, en la «Sociedad de la Información y el Conocimiento».

Los dos iconos más visibles de esta revolución tecnológica son el desarrollo de las TIC (información, conocimiento y comunicación) y la biotecnología, de manera especial la ingeniería genética. Estos avances se han visto impulsados por algunas innovaciones teóricas (tomadas de las teorías de la complejidad o de la mecánica cuántica), metodológicas y técnicas (ordenadores, satélites, telescopios espaciales, transbordadores, TAC, PET, GPS, teléfonos móviles, televisión digital, microscopios, tecnologías biológicas, químicas y físicas, etc.) que se retroalimentan entre sí. Y todo este sin fin de innovaciones científico-técnicas forma ya parte de la vida cotidiana y ha trastocado todos los órdenes sociales. Así, por ejemplo, la introducción generalizada de las TIC en los espacios públicos y privados no solo aumenta la calidad de vida, sino que modifica las formas de vida cotidiana, las relaciones sociales, la distribución del poder y los recursos, los valores.

Pero la novedad más interesante de la revolución tecnológica del siglo XX es que se han producido las innovaciones sin que se haya dado un cambio importante en las

Salud pública en tiempos postmodernos

fuentes energéticas; siguen siendo las mismas: petróleo, electricidad, combustibles fósiles, etc. A excepción de la energía nuclear (que, sin embargo, aunque es nueva no permite *hacer cosas* distintas de las que se hacen con el carbón o la electricidad). Esta vez no hemos jugado directamente con el *fuego* (energía) sino con la materia. Los cambios más importantes de la *e-revolución* tecnológica se producen al nivel de la materia (nuevos materiales) y al nivel de los métodos (*micro* y *nano* tecnología). Por tanto, es más una revolución de la materia que de la energía. O quizá del dominio conjunto de ambas.

De hecho, la materia física está siendo ya manipulada y dominada de manera total. Y esto supone una gran novedad en la lógica de la intensificación que matiza las tesis de Harris, ya que permite intensificar los rendimientos (sea de lo que sea) sin añadir excesivo *material*. En la actualidad ya no se trata de incrementar más o menos recursos; ya no es tanto una cuestión de *cantidad* de espacio-tiempo, sino de *tipo* de recursos y del *uso* que se haga de ellos. La manipulación del tiempo y el espacio permite que los recursos se puedan «inventar» donde no los hay (por ejemplo, la agricultura actual ya ni siquiera necesita «tierra», basta con agua, plástico y nutrientes para cultivar tomates en El Ejido). Podemos hacer muchas más cosas con muchísimo menos esfuerzo. Por esta razón, la lógica de la intensificación productiva en las sociedades postmateriales ha estado asociada al incremento del consumo de servicios y productos intangibles. En esta situación, el consumo de más recursos es posible porque ya no se trata solo de consumir cerdos o patatas; ahora buena parte de los recursos son signos, información, conocimiento, formas, símbolos. Y cuando lo que se produce y consume es *espuma pura* los límites de la intensificación tienden al infinito. (¡*Que llenen!*).

3.4. La convergencia NBIC

En el siglo XXI todo este proceso apunta ya hacia una gran convergencia tecnológica, la denominada «convergencia NBIC» o «Nano-Bio-Info-Cogno», que supone una simbiosis profunda de las tecnologías de la información y la comunicación (*Info*) con la genética, la biomedicina y la biotecnología (*Bio*), la nanotecnología y las nanociencias¹⁹ (*Nano*) y las ciencias del conocimiento o ciencias cognitivas, incluyendo las

19 La nanotecnología es un conjunto de técnicas que se utilizan para manejar la materia a la escala de átomos y moléculas.

ciencias neurológicas (*Cogno*) (Castilla, 2007). Es la gran fusión tecnológica en la historia de la humanidad. En los años 70 del siglo XX la biotecnología dio un salto trascendental al conseguir controlar y manipular el diseño del ADN²⁰. Después de ello, la ingeniería genética siguió una evolución veloz hasta llegar incluso a la propia clonación de animales (oveja Dolly). Hoy, la convergencia entre las nanotecnologías y los conceptos de la biología evolutiva y la genética ya podrían generar, por ejemplo, el diseño racional por ordenador de un ser vivo²¹. Como también se están generando ya nanofármacos «inteligentes» que identifican y atacan solo a las células cancerosas. Ahí está la trascendental convergencia: los bits informacionales y los códigos de la vida integrados en un nanochip.

La NBIC ha permitido ya al ser humano intervenir en el interior de la materia inorgánica, la orgánica y la *materia gris* (el cerebro). Y el control *combinado* de estas «tres materias» es lo que confiere a la revolución tecnológica actual su tremendo potencial para alterar y controlar la propia evolución humana. Las consecuencias de la convergencia NBIC, además de imprevisibles e irreversibles, apuntan tanto a la desaparición de la especie como a la aparición de un ser humano «post-humano» (Silver, 2007; Kurzweil, 2005). El arado, la rueda, la palanca de Arquímedes, el telescopio de Galileo, la televisión... cambiaron las formas de vida social e incluso, desde cierto punto de vista, la autocomprensión como especie, pero nunca antes se había llegado al nivel de profundidad que supone la automodificación genética de la especie y de todo el medio ambiente vital humano. La NBIC no solo matiza, sino que puede poner en cuestión la «ley de los rendimientos decrecientes». La clave está en que ya no son tan imprescindibles las capacidades «*autorrenovadoras, autodepuradoras y autogeneradoras del ecosistema*». Y no lo son porque la fusión tecnológica deja obsoleto el propio concepto de «ecosistema». Lo «eco», como lo dado (por Dios o por la naturaleza), está dejando de tener sentido para una especie que construye ya sus propios «homosistemas», es decir, contextos creados, manipulados y regulados por el ser humano.

20 Por ejemplo: se crearon microbios que producen proteínas humanas terapéuticas, como el microbio que produce insulina humana.

21 «[Por ejemplo, un dinosaurio...] El genoma diseñado electrónicamente se convertiría en ADN orgánico mediante nano-máquinas de escribir ADN que automáticamente conectan miles de fragmentos más pequeños de ADN hasta crear cromosomas completos. Ese genoma se inserta en un huevo de gallina desprovisto de su propio ADN (como Dolly) y ¡listo!, copias de dinosaurios» (Silver, 2007, p. 18).

3.5. Escenarios futuros posibles

El desarrollo tecnológico convergente en el marco de la sociedad global en que vivimos es imparable. Conduzca hacia donde conduzca. Hemos ido bastante más allá de Prometeo, no solo le hemos robado el fuego a los dioses: nos hemos quedado con los derechos de autor, conocemos y dominamos todos sus secretos (tenemos los planos para su producción y control y conocemos los algoritmos que lo hacen posible). La metáfora del fuego es equiparable al secreto de la vida. Por primera vez en la historia, la vida entera en el planeta (sus posibilidades y sus formas) depende *casi exclusivamente* de las decisiones y aplicaciones tecnológicas de una sola especie. Las tendencias esperables oscilan desde el optimismo de algunos científicos que encuentran en estos avances el anuncio de una *buena nueva* hasta la catástrofe global que ya lamentan otras tantas agoreras *Casandras*. Podríamos sintetizar estas tendencias en tres grandes posibilidades o escenarios:

Escenario 1. La buena nueva. El desarrollo tecnológico convergente permitirá la construcción de un mundo mucho mejor (Kurzweil, 2005). En un escenario optimista y positivo, la evolución tecnológica generará una revolución económica a través del uso de energías renovables y baratas, de materias primas fácilmente disponibles gracias a la manipulación de la *tres materias* (orgánica, inorgánica y *gris*); con ello, el hambre en el mundo desaparecerá, se eliminarán o minimizarán casi todas las enfermedades y será fácil soportar la superpoblación a la vez que mantener un medioambiente limpio y saludable. Es decir, la biotecnología podría resolver el problema de la inevitable intensificación creando ecosistemas sintéticos o artificiales, y construyendo un ser humano y un entorno mejorado. Técnicamente ya es posible hacerlo. Lo que no es tan posible es entrever los efectos no previstos. Y por tanto el problema es de orden ético-moral y político.

Escenario 2. Una falsa neutralidad. Seguir como estamos, un escenario neutro (Garreau, 2005). La convergencia NBIC no avanza debido a diferentes motivos o no daría los previstos resultados optimistas (Castilla, 2007). Sin embargo, algo negativo, de seguir como estamos, sería que se agudizarían los problemas actuales: agotamiento del petróleo, aumento de los efectos y riesgos del cambio climático, hambre, superpoblación, emergencia de graves enfermedades y epidemias, etc. Con lo que, al fin y al cabo, esta *neutralidad* estallaría, ya que sabemos que el proceso de

intensificación –si la NBIC no funcionara– es inevitable e implica efectos en cadena de consecuencias imprevisibles pero con un alto potencial destructivo (por ejemplo, explosión demográfica y calentamiento climático: a más unidades de consumo humanas, mayor temperatura del planeta).

Escenario 3. El apocalipsis. La peligrosidad manifiesta de las tecnologías NBIC propicia un escenario absolutamente negativo, sin salida. Se produciría una superposición de problemas de gran envergadura que unidos a los ya graves problemas existentes, a sus interacciones imprevisibles y a las consecuencias perversas de las aplicaciones tecnológicas plantearían un panorama desolador (la NBIC produciría monstruos, *nanobots*²² asesinos, difusión de enfermedades aparecidas por la manipulación genética, etc.). Una tendencia que, de cumplirse, acabaría con la vida del ser humano en el planeta.



El descubrimiento y control del fuego debió provocar un *empoderamiento* del ser humano como «*bicho con poder*» (sobre el medio y sobre el resto de animales) y a su vez, condicionar la estructuración de grupos humanos de tipo familiar o tribal. Es decir, condicionar o *determinar* la sociedad que lo utilizaba. Imaginemos cuanto no determinarán el futuro las tecnologías NBIC al acelerar el ritmo de las innovaciones y dotarlas de una trascendencia *total*. El bucle intensificador que conllevan no está presente en el fuego, que prende solo la materia que ya existe, mientras la NBIC puede, primero, crear la materia para, después, prenderla. Ahí reside el cambio histórico, la «singularidad» (Kurzweil, 2005) que supone la actual revolución científico-tecnológica. En realidad, para muchos analistas, la historia de la humanidad no ha conocido tres, sino solo dos revoluciones tecnológicas que hayan implicado una transformación global de largo alcance: la revolución agrícola en el Neolítico y la revolución tecnológica iniciada a finales del siglo XX. Y a estas alturas, la NBIC es inevitable. No queda más remedio que llegar a ella para seguir adelante... pero con la profunda tristeza de saber el gran peligro que entraña la única salida posible.

22 Los nanobots serían microorganismos fabricados por el ser humano mediante la combinación de la biología (ADN) y la nanotecnología.

4. Cambios en la esfera productiva: hacia unas nuevas *condiciones materiales de existencia*

4.1. Economía y sociedad

Marx y Engels teorizaron en el siglo XIX acerca de la relación entre economía y sociedad concluyendo que eran las *condiciones materiales de existencia* las que determinaban la *conciencia* y la vida social. Pusieron especialmente el acento en la *estructura económico-política*, es decir, en las relaciones de producción (división del trabajo, distribución de la renta, etc.). Max Weber, por su parte, dio mucha importancia a las ideas, analizando las «afinidades electivas» entre el capitalismo y el protestantismo; aunque sin pasar por alto que «la mayor parte de los tipos de comunidad guardan alguna relación con la economía» (Weber, 2002, p. 273).

En el siglo XX otros enfoques *materialistas* propusieron un desplazamiento en la interpretación de la *causa principal* que explica la vida social (el *motor de la historia*), dando más importancia a la infraestructura, lo que incluye cuestiones demográficas, económicas, las pautas de trabajo, los ecosistemas y la tecnología (Harris, 2007). El «*materialismo cultural*» pretende explicar las diferencias y semejanzas entre las distintas culturas a partir de factores infraestructurales, es decir, de las constricciones a que está sujeta la existencia humana: la producción, la reproducción y la ecología (Harris, 1990, p. 540). Este *determinismo infraestructural* no es de carácter mecanicista sino probabilístico. Es más probable que las sociedades adopten aquellas innovaciones tecno-económicas que más beneficio aportan en términos de salud y calidad de vida; es la ya citada *selección cultural*.

Otras teorías han buscado explicaciones no económicas (de orden psicológico o biológico, por ejemplo) para dar cuenta de la vida social; pero, en general, han aportado escasos argumentos lógico-científicos y débiles evidencias empíricas a su favor. En cualquier caso, la relación entre la base económica (el modo de producción) y los modelos de sociedad es muy estrecha. Y esta relación es hoy, si cabe, más compleja e intensa. Por tanto, se podría mantener la validez de la tesis

marxiana de que *son las condiciones materiales de existencia las que, en última instancia, determinan la conciencia*. Aunque con un importante matiz: las condiciones materiales ya no son tan «materiales» ni las «determinaciones» son tan contundentes y lineales.

4.2. Del ahorro al «consumo ostentoso»

En *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Max Weber planteó la estrecha relación entre el ideal ascético calvinista-protestante (trabajo, ahorro, austeridad) y el desarrollo del capitalismo. Esta mentalidad económica (ganar dinero como fin en sí mismo, como actitud moral) sería la impulsora del desarrollo del capitalismo moderno (Weber, 2001). Desde la década de los sesenta del siglo XX, la organización de la economía política en los países occidentales, primero, y en buena parte del mundo, después, se ha ido estructurando en torno a una nueva forma de producción, intercambio y consumo de bienes y servicios. Se trata de una alteración novedosa en los modos y relaciones de producción que se ha centrado de una manera muy determinante en la última fase de la cadena de producción económica y social: el consumo. El capitalismo moderno no necesita ya del ideal ascético. Es más: resulta contraproducente. El ahorro se convirtió en anatema para la lógica de un nuevo capitalismo que produce tantos y tan variados objetos que ha llegado incluso a producir clientes para sus repletos anaqueles. Weber ya señaló que el capitalismo «consigue los sujetos económicos que necesita –los empresarios y los obreros– y los educa mediante la *selección económica*» (Weber, 2001, p. 63). Hoy habría que añadir que también *consigue* a los propios consumidores. Donde no los hay, los inventa. El capitalismo de consumo o «de ficción» (Verdú, 2003) necesita consumir continua y desenfrenadamente. Una gula consumista que, en una *transvaloración de todos los valores*, subvierte la ética calvinista en «ética consumista». Ha sido un proceso que se ha ido intensificando desde sus primeros despuntes en EE.UU. en las primeras décadas del siglo XX (la *Belle Epoque*), llegando a su plenitud después de la segunda Guerra Mundial, y cuya lógica invade hoy toda la vida social. El sociólogo norteamericano Thorstein Veblen, ya a principios del siglo XX, definió este modelo como «*consumo ostentoso o conspicuo*» (Veblen, 2004).

4.3. El cambio en la definición de las «necesidades» humanas

Con el *consumo ostentoso* el capitalismo entró en una nueva fase de desarrollo. A partir de entonces el concepto de «necesidades» sufrió una extraordinaria explosión semántica. Lejos quedaba la conceptualización de la satisfacción de las necesidades humanas interpretadas como la necesidad de saciar la sed, calmar el hambre y buscar algo de abrigo y cobijo. El consumo, y con él la producción, dejó de orientarse al cuerpo natural, entendido en un sentido elemental, como objetivo clave y claramente identificado; se pasó entonces a la reconstrucción del cuerpo (y de la psique) entendidos como objetos culturales. Consumir (de todo y mucho) llega a «convertirse en la razón convencional de estima y prestigio, se hace necesario a fin de conservar el buen nombre» (Veblen, 2004, p. 54).

El nombre, la identidad social (un constructo cultural) se convierte así en el motor de producción de la economía política de los países desarrollados. Weber ya advirtió que las formas diversas de cobertura de necesidades son siempre resultado de luchas de intereses, por lo que «tienen a menudo una significación que va mucho más allá de su finalidad directa» (Weber, 2002, p. 285). Aquí reside el gran cambio: el consumo adquiere visos de realidad sociocultural, económica y política. Es otro de los giros de la especie humana en su proceso de autoconstrucción como seres sociales: las necesidades primarias son (re)interpretadas como *simplicas*. Cambia, por tanto, el concepto de «necesidad» y el de «bienes»: las necesidades son infinitas e insaciables; los bienes son múltiples e intangibles (ocio, cultura, imagen, necesidades de orden psicológico, etc.). Este proceso se ha ido incrementando en los países desarrollados, convirtiéndose en un estilo de vida que, por emulación (Veblen, 2004), se ha extendido a nivel mundial, constituyendo hoy la gran aspiración universalmente difundida y reclamada, se trate del (hiper)consumo como realidad para unos pocos o del consumo como expectativa para las grandes masas excluidas. Entramos con ello, plenamente, en la «era del consumo» (Alonso, 2006).

4.4. La sociedad de consumo

Tras la crisis económica del 29, el Estado del bienestar se construye como un sistema de erradicación del «subconsumo social» (Alonso, 2006), especialmente a través

de políticas públicas y consumos innecesarios (*conspicuos*) que permitieron mantener la producción y asegurar el control de los conflictos sociales. Esa fue la clave de las políticas keynesianas. Con el creciente énfasis en los bienes simbólicos se pone de manifiesto que la producción de la demanda viene a ser tan necesaria como la producción de la oferta. Ahora, junto a las necesidades clásicas aparecen otras falsas necesidades (Alonso, 2006) relacionadas con el autodesarrollo y la realización personal a través del consumo y acumulación de bienes y capitales de diverso tipo (económicos, sociales, simbólicos, culturales, religiosos...). Se trata de un hedonismo consumista fuertemente basado en el crédito y el dinero plástico.

Esta nueva sociedad de consumo tiene distintas interpretaciones. Por una parte, constituye un dispositivo flexible de control e integración social (Lipovestky, 1986) que organiza la vida de los individuos hasta en sus deseos e intimidades, uniformiza los comportamientos y despolitiza a los individuos, encauzando hacia el consumo todas las inquietudes sociales. Pero, por otra parte, también es cierto que la dinámica de fragmentación y segmentación de mercados, acentuando las singularidades y la personalización de los individuos, a la larga, ha construido un «nuevo consumidor» más resistente y menos ingenuo; el poder simbólico de los mensajes publicitarios consumistas es hoy muy relativo ya que los individuos reinterpretan y decodifican la publicidad poniendo en juego múltiples marcos interpretativos en función del contexto. Por tanto, desde este punto de vista, el consumo también sería un elemento de re-politización, una nueva forma de participación (Maffesoli, 2007). Para otros, sin embargo, la sociedad al servicio del mercado es un «bloqueo civilizatorio» (Alonso, 2006).

4.5. Producción y empleo

El capitalismo post-industrial, esa gran fábrica de símbolos, ha conllevado también un cambio importante en la estructura, las formas y los contenidos del empleo, así como un desplazamiento de la relevancia social del mismo. La relación entre trabajo y economía política se modifica cualitativa y cuantitativamente, suponiendo el fin de la «sociedad del trabajo» (Beck, 2006) tal como fue entendida en el capitalismo de producción. Desde los años 80, la relación entre producción y empleo cambia sustancialmente en todos los países de la OCDE (Organización para la Coopera-

Salud pública en tiempos postmodernos

ción y el Desarrollo Económico). Se produce una situación nueva: en las economías occidentales crece la producción (incrementos del PIB) pero no el empleo. ¿Cómo es posible producir más con menos empleo? La explicación de esta paradoja está en la tecnología, en las nuevas «mercancías» que se producen y en la *magia* de la deslocalización y la desregulación.

La tecnología intensifica la producción sin necesidad de un incremento proporcional de la mano de obra, incluso prescindiendo de ella mediante las tecnologías inteligentes y la informatización de todas las áreas y procesos de producción. La «deslocalización»²³, por su parte, contribuye a incrementar el PIB a costa de mantener buena parte de los costes de producción (mano de obra, impuestos, etc.) fuera de las fronteras «nacionales» de las que supuestamente informa la «I» (Interior) del concepto de PIB²⁴. Por otra parte, un creciente porcentaje de la población activa en Occidente trabaja en condiciones de incertidumbre en un mercado desregulado²⁵ en situación de «subempleo» (Beck, 2002; 2006). Finalmente, el nuevo tipo de bienes producidos (información y conocimiento) requieren más cualificación que cantidad de «obreros».

¿Qué efectos tienen estos cambios en la estructura del empleo? Generan una nueva división del trabajo basada en las capacidades/atributos de los trabajadores más que en la organización de las tareas, por lo que el trabajo cada vez se individualiza más (Castells, 2008). A lo que hay que unir que la flexibilización de la jornada laboral y del lugar de trabajo (la bendición *Wi Fi*) difuminan los límites entre «el trabajo y el no trabajo» (Beck, 2006). O, lo que viene a ser lo mismo, aparecen los *contratos de trabajo a tiempo total*. Entre tanto, la incorporación de las mujeres y las poblaciones migrantes al mercado laboral se ha realizado en calidad de nuevo *ejército de reserva de parados* (Marx) que se dedica a las infraocupaciones desde un punto de vista

23 La denominada «deslocalización» redistribuyó la producción global mediante la especialización de Occidente en producción de servicios y en la industria tecnológicamente avanzada, el Tercer Mundo dedicado a la producción agrícola de escasa industrialización y los países emergentes, dedicados a la industria pesada.

24 Por esta razón, el concepto de «producto interior» deviene obsoleto; el empleo y los costes fiscales están fuera, en el «exterior».

25 Desregulación no quiere decir que no hay reglas. Se trata de un eufemismo, un juego de lenguaje, que sirve para enmascarar la realidad de un mercado regido por una regla básica: los beneficios del capital son intocables (además de crecientes).

de cualificación-salario mientras contiene los niveles salariales. Pero, eso sí, el *capital* cambia de *formas*: las relaciones laborales se articulan ahora mediante nuevos valores. La comunicación entre las partes, aunque sea eufemística, sustituye a las estrategias coercitivas del capitalismo de producción. Ahora el capital pareciera ser más civilizado. Al menos, en su fachada occidental, a cubierto de los miles de niños y niñas pobres cosiendo zapatillas deportivas para el mundo libre.

Antiguamente, el trabajo implicaba una significación litúrgica, de transformación de la naturaleza (la materia). Con la modernidad el trabajo se convierte en un acto más prosaico. En un modelo económico basado en la especulación financiera e inmobiliaria se pierde el valor del trabajo en tanto que esfuerzo transformador. Prevalece como ideal el éxito a través del enriquecimiento rápido y fácil. Y este cambio en el «sentido del trabajo», de la actividad productiva humana, ha tenido trascendentales implicaciones económicas, sociales, culturales, demográficas, individuales, etc.

4.6. El modo de producción informacional

Los modos sociales de producción son estrategias de adaptación al medio. El largo proceso histórico de adaptaciones al medio ha conducido desde las sociedades rurales a las sociedades industriales y finalmente a lo que Castells denomina «informacionalismo» (o postindustrialismo). Se trata de un nuevo modo de producción que surge de forma paralela al capitalismo global (aunque son fenómenos distintos) y que se convierte en la nueva base tecnológica-material de la actividad productiva y la organización social.

Lo propiamente específico de este nuevo modo de producción es que la tecnología de generación del conocimiento, procesamiento de la información²⁶ y comunicación de símbolos (Castells, 2008, p. 47) se convierte en la principal fuente de productividad. Es decir, la productividad se basa en la acción del conocimiento *sobre sí mismo* (¡menudo bucle!). ¿Cómo? Mejorando continuamente la tecnología. Pero

²⁶ Información, en su sentido más amplio es, según la entiende Castells, comunicación del conocimiento (Castells, 2008, p. 51).

una mejora, además, que es interactiva, en el sentido de que los propios usuarios de la misma la transforman en el momento de uso. Por tanto, la producción se orienta hacia el desarrollo tecnológico, es decir, hacia la acumulación de conocimiento y hacia grados más elevados de complejidad en el procesamiento de la información (Castells, 2008).

Para Castells la expresión «Sociedad de la Información y el Conocimiento» daría cuenta de la importante presencia de «lo comunicacional» en un contexto de sociedades desarrolladas; el concepto de «sociedad informacional» se refiere a una nueva estructura social en la que los procesos centrales de generación del conocimiento, la productividad económica, el poder político-militar y los medios de comunicación ya han sido profundamente transformados por el paradigma informacional y están enlazados con redes globales de riqueza, poder y símbolos que funcionan según esta lógica (Castells, 2008). En otros términos, la clave más significativa de las sociedades informacionales es que la lógica tecnológica lo invade todo.

4.7. El aumento de las desigualdades sociales

Las desigualdades sociales han sido una condición *sine qua non* para el desarrollo de la sociedad capitalista. Estas desigualdades clásicas, estructurales, aunque se han objetivado habitualmente a través de indicadores socio-económicos como la renta, el nivel de estudios, la «clase social», etc. van mucho más allá de ello; son transversales, afectando a todas las dimensiones vitales del ser humano. Hoy, estas formas de desigualdad tienden a crecer, pero, además, están emergiendo otras nuevas. Las clásicas desigualdades de carácter intergrupales están dando paso o se complementan con nuevas formas de desigualdad basadas en diferencias intragrupales (Torres, 2005). Dentro de una misma clase social, un grupo generacional, un colectivo étnico-cultural, las desigualdades entre sujetos que forman parte de dichos grupos se intensifican debido a motivos individuales y azarosos, y no tanto por marcas de clase, de pertenencia o de origen. Estas dos formas de desigualdad confluyen y se incrementan en la actualidad.

Varias son las fuentes de esta desigualdad. Pero podríamos sintetizarlas en dos: la debilidad del Estado y la fuerza del mercado. La crisis de los Estados del bienestar

debilita los controles político-sociales sobre los procesos económicos, con lo que la maximización de beneficios del capital actúa sin límites y provoca un incremento de las desigualdades sociales en el interior de cada Estado-nación y entre las distintas zonas del planeta. En las sociedades occidentales se ha generado una sociedad dual que aumenta la polarización entre muy pocos ricos y una creciente masa de pobres y excluidos (*Cuarto Mundo*), con la consecuente *desaparición* de las clases medias. A lo que habrá que añadir los «*e-excluidos*» de la Sociedad de Información y el Conocimiento; la brecha digital que se está convirtiendo en el indicador clave de exclusión social de la postmodernidad. En el resto del planeta, el empobrecimiento de muchas zonas avanza a tal velocidad que generará una situación insostenible a medio-largo plazo.

La crisis económica actual, iniciada en 2007, que constituye la primera crisis global intensa (más allá de lo *económico*) y que se ha extendido con la lógica viral de la globalización es consecuencia y expresión de estas economías financieras sin control político. Y ha puesto de manifiesto que «el rendimiento y el ingreso se han desacoplado por completo a los ojos de la ciudadanía» (Beck, 2009). Para *tener* no es necesario *rendir*; de hecho tiene más quien menos rinde. De ahí las «revueltas de la desigualdad» que se están produciendo en el mundo en la segunda década del siglo XXI.

4.8. La sociedad del riesgo

El concepto de «sociedad del riesgo» designa una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que los riesgos ecológicos, sociales, políticos, económicos e individuales creados por el nuevo modo de producción escapan cada vez más a toda posibilidad de control (Beck, 2002; 2006). La modernización ha generado una espiral de amenazas irreversibles para las plantas, los animales y los seres humanos que podrían, incluso, acabar con la propia vida en el planeta (Beck, 2002). El listado de potenciales riesgos en el mundo actual es innumerable: gripe aviar, SARS, ántrax, gripe A, energía nuclear, armas de destrucción masiva (nucleares, químicas y biológicas), organismos modificados genéticamente (animales y plantas), contaminación de acuíferos, ríos, lagos y mares con residuos industriales, mercancías contaminadas que viajan entre países, bosques tropicales talados, residuos tóxi-

Salud pública en tiempos postmodernos

cos, tecnologías obsoletas (ya incluso en el espacio exterior), calentamiento global y contaminación ambiental, los cultivos monopolistas y la agricultura intensiva que devastan amplias zonas del planeta...

El dominio total de la materia física y de la herencia biológica en el planeta junto a la intensificación de la producción capitalista, es cierto que pueden poner en peligro la biodiversidad de la Tierra. Una de las características más contradictorias de las innovaciones tecnológicas es que se está reduciendo la variabilidad genética de semillas que son patrimonio de la humanidad, tras milenios de selección-creación y se están extinguiendo animales que ni siquiera hemos llegado a conocer. Sin embargo, a la vez, también se producen otras *bioformas* (semillas o animales) más sostenibles para la vida humana en el planeta. Con lo que el saldo no es absolutamente negativo. En realidad, la modificación genética que hoy está induciendo la humanidad en gran parte de la biodiversidad global sigue la senda de lo que ya hicimos con el trigo hace 8.000 años, solo que ahora tenemos nanocapacidad de manipulación de átomos y moléculas y esto es mucho más grave por sus consecuencias y sus implicaciones éticas.

Potencialmente, todos estos riesgos se han «socializado» (Beck, 2002; 2006) (nadie escapa a ellos), aunque esto no significa una igualdad global «ante el peligro», ya que las desigualdades sociales operan de redistribuidores del riesgo («los pobres lo llevan peor»). Por ejemplo, debido al hecho de que, a una menor capacidad estructural de protección entre los sectores sociales o países más desfavorecidos, haya que unir que la producción de Occidente traslada los residuos peligrosos y las plantas de producción contaminantes al Tercer Mundo.

Por último, los riesgos que conlleva la modernidad tardía, reflexiva o postindustrial (Giddens, 2008; Beriaín, 2007) trascienden la mera dimensión física o ecológica. La permanente generación de riesgos o situaciones *estructuralmente inciertas* se extiende a todos los ámbitos de la vida, incluidos los culturales y simbólicos. Se podría hablar, por tanto, de una incertidumbre programada o fabricada (Beck, 2006) de naturaleza incontrolable y de la que, además, la reflexividad postmoderna cada día nos hace ser más conscientes. Con ello se colapsa incluso la propia idea de controlabilidad, certidumbre o seguridad, tan fundamental en la primera modernidad (Beck, 2002).

5. Transformaciones en la esfera política

La *cuestión política* fundamental desde los tiempos de la filosofía política clásica fue siempre responder acerca de cuál es la forma de gobierno más conveniente y eficaz y, en consecuencia, quién debía tomar las decisiones en la polis (Aristóteles, 2000). Desde entonces, algunos conceptos clave (democracia, soberanía, ciudadanía, representación política, etc.) cristalizaron en una «tradicón especial de discurso» (Wolin, 2001) que, ya sea en sentido meramente nominal o en sentido sustantivo, ha llegado hasta nuestros días. En este largo recorrido, la regulación de las formas de gobierno y de sus efectos estuvo basada en el derecho (natural, divino, hereditario, etc.).

Desde finales del siglo XVII y principios del XVIII se desarrolla una nueva racionalidad gubernamental: la «razón de Estado». Se trata de una nueva forma de gobernar fundamentada en el mercantilismo (organización de la producción), la policía (gestión interna) y el ejército y la diplomacia exterior (relaciones entre Estados). Así, la economía política sustituye al derecho como principal instrumento de regulación (Foucault, 2009). Con la sociedad industrial el *arte de gobernar* vendrá regulado por distintas racionalidades gubernamentales: la verdad, la racionalidad del Estado, de los agentes económicos o de los mismos gobernados (Foucault, 2009, p. 310). Con ello, a partir del siglo XIX, la política se convierte en el juego de esas diferentes artes de gobernar.

La situación actual es de pervivencia de numerosos elementos de continuidad en ese largo debate, al mismo tiempo que aparecen importantes elementos de ruptura. Estas rupturas, en la medida que afectan a las grandes cuestiones de la vida en sociedad, suponen los ejes de transformación política más importantes de las sociedades globales. Las cuestiones básicas que vertebran el debate político actual son la ciudadanía y la multiculturalidad (Zapata-Barrero, 2004, p. 11), la nueva geopolítica del mundo global, la crisis del Estado y la intensificación de la biopolítica.

5.1. Configuración de una nueva geopolítica global

La caída del bloque soviético supuso un importante cambio en el mundo bipolar que había dado sentido político al siglo XX y dio paso al inicio de una nueva

Salud pública en tiempos postmodernos

realidad sociopolítica y cultural de dimensiones cada vez más globales. Paralelamente algunas economías emergentes aumentaban sus ventajas competitivas con respecto al ámbito de producción y poder político europeo y norteamericano. La Unión Europea continuó su proceso de unificación y las grandes economías norteamericanas y los países del Mercosur iniciaron su propio proceso de unificación. Por otra parte, la deslocalización de la producción y el auge de las economías financieras especulativas descentra el sistema de relaciones internacionales; no solo cambian los centros de poder y decisión, sino que también se fragmentan y multiplican, se hacen más difusos, menos claramente identificables geopolíticamente hablando²⁷. Los Estados dejan de ser los principales actores. E incluso los clásicos países desarrollados empiezan a dejar de ser lo que eran. Y este nuevo panorama se completa con la institucionalización de la filosofía política neoliberal en patrón oro (Zapata-Barrero, 2004) y en pensamiento único que reconceptualiza el mundo: a partir de la década de los noventa, «todo –incluida la política– es empresa». Mientas tanto, el poder hegemónico estadounidense trata de fortalecerse y conquistar posiciones estratégicas en el centro sur de Asia, que contiene la mayor concentración mundial de recursos energéticos (la guerra de Irak supuso el inicio de esta nueva estrategia).

Estos cambios dieron paso a un nuevo sistema de relaciones internacionales, una nueva *geopolítica global* que altera los límites, la estructura y los centros neurálgicos de la geopolítica del industrialismo. La globalización y los riesgos globales contribuyen a la obsolescencia de las fronteras geopolíticas. A lo que hay que sumar la emergencia de nuevos temas en la agenda de relaciones a nivel mundial (deslocalización de la producción y del trabajo, riesgos ecológicos, migraciones a gran escala, nuevos problemas de salud pública globales, etc.). Lo que quiere decir que entran en escena nuevos actores, roles, intereses, estrategias y posiciones políticas. Por ello, en las sociedades actuales la *gobernanza* política del mundo implica ya un alto grado de *deliberación* entre multitud de actores (los Estados, las organizaciones internacionales e interestatales, las ONG, las empresas transnacionales, el sindicalismo internacional, los movimientos sociales, el ecologismo...o incluso los nuevos piratas del océano Índico).

27 Por ejemplo, ¿quiénes son «los mercados» que actualmente están atacando a la credibilidad de la deuda externa de los Estados europeos?

Y esta *democratización global* de los flujos de decisiones conlleva una transformación clave en la propia noción de centro económico-político, que es sustituida por la de red global. Pero además, la compresión del espacio-tiempo cambia, necesariamente, la definición de *geopolítica*, una realidad hasta ahora definida a partir del eje estado-nación-territorio como espacio vital natural. Hoy día la geopolítica ha perdido mucho de su «geo», cada vez es más una «e-política» en la medida en que la Red se va configurando como nuevo espacio político. Se trata, por tanto, de una nueva geopolítica que lleva implícita la redefinición del propio concepto de geopolítica. Una nueva realidad que cambia el sentido de las propias palabras que la describen.

5.2. La crisis del Estado-nación

A finales del siglo XV, los cambios técnicos y económicos acumulados desde hacía muchos años supusieron la transformación revolucionaria de las instituciones medievales, que habían sido de carácter eminentemente local debido a las limitaciones de los medios de comunicación (Sabine, 1989). Hoy estaría pasando algo parecido: las instituciones de la modernidad –como el Estado– se ven desbordadas por las nuevas formas de producción y distribución, los nuevos tipos de bienes producidos y las nuevas formas de comunicación que el desarrollo tecnológico conlleva. En aquella época, los *mercaderes*, que con su dinero y su *mentalité* chocaban con la nobleza y su clero, recurrieron a la concentración del poder en torno a la figura del monarca (el Estado). Ahí, y por ello, nace el *Príncipe* de Maquiavelo (siglo XVI). Y después el *Leviatán* de Hobbes (siglo XVII). De la misma forma que luego el nacionalismo derrocaría a la monarquía absoluta y que hoy ese nacionalismo está resultando seriamente *tocado* por el cosmopolitismo.

El Estado actual ha cambiado sus clásicas funciones de producción y reproducción del orden social. Las dos variables clave que acotaban el significado del Estado, población y territorio, se han visto alteradas. Del lado de la población, la alta movilidad y la composición crecientemente heterogénea (multicultural) denotan una profunda transformación de la misma. Pero además, cambia también el sentido que lo poblacional ha tenido para la constitución y mantenimiento de los Estados. El Estado surgido tras la Ilustración necesitó «descubrir» el factor población como fuente de crecimiento y riqueza de las naciones (como mano de obra, como solda-

Salud pública en tiempos postmodernos

dos, como colonos); hoy día ni las guerras necesitan tanta gente, ni la producción económica, altamente tecnologicada y deslocalizada, requiere de grandes masas de población trabajadora. En el lado del territorio, las fronteras se han diluido en gran parte. La externalización de la producción económica implica que también se desplazan fuera de las fronteras de los Estados las problemáticas de orden político. Cada vez es más el número de cuestiones que son planteadas y resueltas al margen de los límites del Estado, mediante instituciones supranacionales e interestatales. Todo ello pone en crisis al Estado-nación surgido en el siglo XIX y con él entra en crisis el concepto de identidad nacional. Las tendencias hacia la descentralización en la toma de decisiones, también afectan al Estado, que cede parte de sus funciones y roles en favor de organizaciones territoriales periféricas o, incluso, a las multinacionales, lo que, de paso, pone en apuros al Estado del bienestar. Además, las estructuras estatales se «tecnifican», pasando buena parte de las decisiones políticas a ser conceptualizadas como cuestiones de orden técnico, en manos de burócratas que despolitizan (o eso dicen) las funciones del Estado y nos encierran en la *jaula de hierro* de las burocracias (Weber, 2002).

El Estado ha sido una realidad histórica inevitable. Siempre lo fue, a pesar de los cánticos liberales, por un lado, y anarquistas, por otro, renegando del mismo. Puras poses discursivas. La hipótesis liberal de la «maldad» de la regulación económica y social por parte del Estado es de carácter ahistórico. No existe la más mínima evidencia empírica al respecto; ninguna sociedad de importancia ha podido organizarse sin algún tipo de estructuras de gobierno estatales. Y, hoy, todo parece conducir hacia un Estado global; o al menos, a una superación de la fórmula Estado-nación. Hasta ahora, el capitalismo había necesitado una importante intervención estatal para regular los mercados: leyes, policía, ejército, religión, escuela, familia, etc. Pero, actualmente, el nuevo capitalismo global ha prescindido de buena parte de los servicios del Estado; las multinacionales mismas son la ley²⁸. Aunque se trata de una paradójica pérdida de legitimidad porque, a juzgar por cómo se está

28 Los límites de la soberanía nacional de los Estados son puestos en duda continuamente por las corporaciones multinacionales. En agosto de 2009 volvimos a ver cómo los intereses de las compañías aseguradoras y de servicios médicos pararon los pies al presidente de Estados Unidos, Barak Obama, cuando intentaba poner en marcha la reforma sanitaria del país (como ya hicieron cuando lo intentó Bill Clinton). En agosto de 2011, unos mercaderes llegados en camellos especuladores desde no se sabe dónde y guiados por una usura de larga cola (las agencias de *rating*), ¡han modificado la Constitución española!. Esto, evidentemente, plantea con crudeza la pregunta de ¿quién gobierna realmente?

resolviendo la crisis económica actual, el Estado pareciera resultar cada vez más necesario, ya se trate de un Estado-nación o de un hipotético Estado-global.

5.3. Nuevos conceptos de ciudadanía

Para Aristóteles, el ciudadano es «aquel a quien le está permitido compartir el poder deliberativo y judicial» (Aristóteles, 2000, p. 118). La premisa aristotélica de que el *hombre* es por naturaleza un animal político implica la consideración de la ciudad (el Estado, la *polis*) como el fin propio de la evolución de la sociedad. Vivir en sociedad es un *telos* de la naturaleza humana, por lo que para la filosofía griega no hay diferencia entre individuo y ciudadano. Actualmente, el concepto de ciudadanía se define a partir de una consideración igualitaria de los seres humanos ante la ley y de un conjunto de derechos políticos (participación en la toma de decisiones) insertos en el marco de una realidad nacional-estatal (Peña, 2008). Aunque esta concepción, heredera de la Revolución francesa, está empezando a ser redefinida por la ola de transformaciones sociopolíticas contemporáneas.

En la postmodernidad, la relación entre individuo y sociedad se ve sometida a una doble tensión entre lo individual y lo global. Por una parte, el individualismo hedonista contemporáneo reclama personalización y particularización de los individuos y/o de los grupos o *tribus* específicas. Los temas personales (el cuerpo, las emociones, los gustos,...) pueblan la agenda política actual y aparece con ello lo que Plummer (2003) denomina *ciudadanía íntima*. Por otra parte, se produce la emergencia de un nuevo fenómeno, una ciudadanía global (Beck, 2002) que se estructura en torno a la defensa de los derechos humanos y el medioambiente y a la aparición de una ciudadanía multicultural (Kimlicka, 2002) que se nutre tanto de las migraciones globales como de la aparición de nuevos actores transnacionales (movimientos ecologistas, feminismos y otro sin fin de *ismos*, incluidos los, cada vez más innumerables *wikismos*).

La transformación novedosa que estas tensiones entre el individuo y la polis implican es que hoy día la conciencia y la práctica de la ciudadanía ya no se refiere al Estado-nación, sino a uno/a mismo/a y al mundo. El sentido de pertenencia a una «polis» (*cercado*) está siendo en parte sustituido por el de pertenencia a la especie humana. La trascendencia de las cuestiones políticas actuales y la globalidad de los

riesgos no permiten otra cosa. Aunque, como una más de las múltiples paradojas postmodernas, también, y a la vez, se fortalecen los chauvinismos locales y se anteponen frente a un derecho universal de la humanidad, aumentando la tensión entre lo local y lo global. No obstante, el paulatino incremento de los derechos políticos a nivel global en el mundo contemporáneo es un hecho. Un incremento objetivo que ha ido acompañado de una mayor conciencia de los mismos y de continuas reivindicaciones para alcanzarlos y mantenerlos. Por lo que podríamos hablar de la emergencia de un nuevo cosmopolitismo (Beck, 2002). Las protestas contra Ahmadienad en Irán tras los resultados de las elecciones de 2009 muestran que incluso en regímenes políticos asfixiantes la ciudadanía se sabe con derechos y se siente universalmente legitimada para reclamarlos; los manifestantes que protestaban con el lazo verde se sabían vistos, oídos y escuchados en el mundo²⁹.

5.4. Representación política y participación

¿Quién debe gobernar? ¿Quién gobierna realmente en las sociedades postmodernas? O dicho de otra forma: ¿en qué consiste hoy y cómo se articula la participación política? La política, en su forma de política-espectáculo, absorbida por la influencia del *los mass media* (especialmente la TV) ha perdido legitimidad y se observa un alto desapego de la ciudadanía fomentado además por el individualismo (Castells, 2003). No obstante, en general, se aceptan las reglas del juego democrático. Podemos hablar, por tanto, de una cierta despolitización que se hace patente, especialmente, en los altos niveles de abstención en torno a las grandes decisiones colectivas (elecciones). Sin embargo, esta baja participación electoral no indica de una manera directa una mera despolitización; lo que parece ocurrir, más bien, es una redefinición de lo político donde la «gran política» da paso a otro tipo de preocupaciones y formas de participación (asociacionismo, solidaridad de microgrupos, regionalismos, localismos). Es una democracia del contacto, de las micropolíticas («Yes, we camp»), de las redes sociales. Una nueva forma, por tanto, de entender lo político y el papel del ciudadano en el que éste no estaría tan despolitizado (Maffesoli, 2007).

29 O qué decir de la revolución en Islandia (2009) contra las políticas neoliberales, de los acontecimientos ocurridos en los primeros meses de 2011 en Oriente Próximo y el Magreb o de la *Spanish revolution* que en mayo de 2011 tomó las calles y plazas de España reclamando «Democracia Real Ya».

De hecho, se han generado nuevas formas de participación política al margen del sistema político tradicional (Bauman, 1999). Se trata de la «subpolítica» o política de subsistemas (Beck, 2002; 2006) que actúa en forma de política directa (participación individual en las decisiones políticas). Por ejemplo, politizando el consumo (boicot de marcas) se puede ejercer un voto directo; o bien a través del asociacionismo, las nuevas tecnologías, las encuestas, los presupuestos municipales participativos, los voluntarios para limpiar las costas de chapapote o incluso votar en el Festival de Eurovisión como una forma más de apoyar a la nación³⁰. ¿Cuáles son los temas o ámbitos de participación? Fundamentalmente cuestiones sociales, políticas, medioambientales, de defensa de los derechos humanos e incluso de orden científico y tecnológico. En definitiva, cuestiones globales. En el siglo XXI, los canales de participación y los criterios y legitimidades de la representación política forjados por la Ilustración y el industrialismo, al igual que las chimeneas de las fábricas del XIX, empiezan a quedar obsoletos.

5.5. La intensificación de la «biopolítica»

La «biopolítica» o política de la vida es «la manera por la que se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas...» (Foucault, 2009, p. 311)³¹. Se trata de una tecnología específica de gobierno que hay que entenderla en el marco de la gran paradoja del liberalismo, que se mueve entre la consideración teórica de que «cualquier gobierno es demasiado» para la sagrada libertad de iniciativa individual y el hecho empírico de la existencia del fenómeno «población» con sus efectos y sus problemas específicos que era necesario e inevitable gestionar.

Una de las líneas de concreción de esta nueva política fue lo que Foucault llamó la «gubernamentalidad» que hace referencia a la interiorización del control social, con lo que se consigue que sea la propia población la que se autogubierne a sí misma. Es

30 O al último *frikie* de turno, que no deja de ser otra forma de hacer política.

31 Como se deduce de la definición anterior, la salud pública ha constituido una de las principales bazas estratégicas de la biopolítica.

Salud pública en tiempos postmodernos

una forma de gobernarlo todo, pero de manera delegada, y de paso, mantener la teoría de que se gobierna poco; una estrategia política global en la que participan tanto el poder como los individuos. La espada, que Hobbes consideraba imprescindible para la pacificación y el orden social («cualquier pacto sin espada son solo palabras»), ha sido sustituida por nuevos modelos de socialización: un conjunto de «tecnologías del yo» (autocontroles más interiorizados y autorregulados) (Foucault, 2000a), que regulan, hasta en sus rincones más íntimos, toda la vida humana (Foucault, 2000b).

Con la postmodernidad se han intensificado estas formas *dulces* de homogeneización y control social, que dejan ya de ser de carácter coercitivo y disciplinario y que se despliegan ahora en una enorme variedad de *micropoderes* (Foucault, 1992) sibilinos, cuasi-invisibles, que ejercen su efecto a través de estrategias de violencia simbólica (Bourdieu, 2000), es decir aceptada y reconocida por sus propios *afectados/as*. El control social se ejerce ahora a través de la seducción, invocando salud, seguridad y racionalidad («Por tu bien, por el de todos»). Se trata de conseguir la interiorización normativa desde una actitud responsable y autónoma. Un control flexible y autogestionado por los propios individuos y poblaciones. Todos somos príncipes, pero nadie gobierna.

6. Los cambios sociales y culturales

6.1. LA CULTURA POSTMODERNA

La cultura de una época se refiere a las ideas y valores predominantes en la misma. Es evidente que las transformaciones tecnoeconómicas en curso han generado una nueva forma de ver el mundo y nuevos valores y símbolos para describirlo e interactuar en él. Con ello ha aparecido *la condición postmoderna*, la nueva forma de ser de *estos tiempos*.

6.1.1. Postmodernidad y postmodernismo

La etiqueta «postmodernidad» se suele usar para referirse a la dimensión social de los cambios contemporáneos, es decir, a lo que tiene que ver con los nuevos modos de producción y de relación. El «postmodernismo» designaría la dimensión cultural

y simbólica de dichos cambios. Gran parte del debate acerca de la postmodernidad se introdujo desde la filosofía de la ciencia pero también, y especialmente, desde los campos artísticos, desde la cultura. Fueron las vanguardias artísticas del último cuarto del siglo XX las que introdujeron la postmodernidad en el cine, la literatura, la pintura o la arquitectura. De ahí que la postmodernidad se suela interpretar muchas veces reduciéndola a una mera cuestión cultural, de valores y estilos artísticos, tales como las *performances* de Andy Warhol, la arquitectura de la descentrada ciudad de Los Ángeles, el cine de Woody Allen o Blade Runner (Lyon, 2005). Sin embargo, el significado de la postmodernidad va mucho más allá de sus formas de expresión artística.

De hecho, lo que supone fundamentalmente la postmodernidad es un cierto «desmantelamiento de la modernidad» (Lyon, 2005) y de las formas de organización social y producción que ésta conllevó³². Aun a pesar de muchas voces críticas que insisten en que el postmodernismo, en general, no es más que la lógica cultural del capitalismo avanzado (Jameson, 2008), no se puede restringir la postmodernidad ni solo a la cultura occidental, ni tampoco a una simple cuestión estética o cultural. Se trata de una importante discontinuidad histórica en la lógica material y simbólica de la modernidad que supone un cambio profundo y general de todo el orden social global, aunque hasta el momento la ruptura en muchos aspectos sea más aparente que real, o donde se pueda observar con más claridad sea en los nuevos diseños artísticos o en los debates filosóficos y políticos.

6.1.2. Las claves de la postmodernidad

Quizá la característica más definitoria de la postmodernidad sea la crisis de las grandes fuentes de verdad y de los referentes universales que aportaban unos niveles mínimos de seguridad para la vida social. En este sentido, la postmodernidad es un ácido corrosivo para cualquier divinidad singularizada y todopoderosa. No se trata de una pérdida total de la *espiritualidad* o de la fe pero sí de la emergencia de una inmensa pluralidad de credos y de micropoderes en todos los campos que es paralela al declive de casi todas las instituciones tradicionales. En el terreno filosófico se

32 Lipovestky sintetiza la originalidad del momento postmoderno como «el predominio de lo individual sobre lo universal, de lo psicológico sobre lo ideológico, de la comunicación sobre la politización, de la diversidad y la diferenciación sobre la homogeneidad, de lo permisivo sobre lo coercitivo» (Lipovestky, 1986, p. 115).

Salud pública en tiempos postmodernos

cuestiona la validez de los «metarrelatos» (Lyotard, 2006), es decir, los grandes relatos de la civilización occidental (e implícitamente de otras) para explicar el mundo (la razón, la ciencia, la tecnología, la religión, el marxismo, la democracia, etc.). Esta crisis es especialmente visible en el estatus paradójico que adquiere la ciencia que, por una parte, se convierte en algo central en el mundo actual y, por otra, pierde legitimidad y se encuentra continuamente cuestionada. En el siglo XX el progreso en las ciencias, en la técnica, en el nivel de vida o en la salud pública ha superado en velocidad y alcance a todos los siglos anteriores. Pero a la vez, paradójicamente, ha producido un declive del ideal del progreso y de la legitimidad de muchas de las instituciones que lo han generado. Todos estos cuestionamientos críticos de las «sacralidades» indican que se ha producido un importante aumento de la reflexividad, de la conciencia acerca de los límites, posibilidades y consecuencias de la existencia humana. Por ello, algunos definen a las sociedades contemporáneas como sociedades reflexivas (Giddens, 2008; Beck, 2002; 2006).

Otra de las claves fundamentales en la era postmoderna son las transformaciones en los conceptos, formas y procesos del tiempo y el espacio, es decir, la ruptura y control, simultáneamente, de los ejes espacio-temporales por parte del ser humano. La aceleración que permiten las nuevas tecnologías comprime el tiempo y lo relativiza en función de contextos concretos. Con ello, además, como ya nos enseñó Einstein, podríamos decir que se deforma el espacio. El tiempo *tecnológico* es un «tiempo atemporal»³³ que rompe con el tiempo lineal, irreversible, previsible y medible del reloj (Castells, 2008). Y esta ruptura espacio-temporal ha generado lo que Castells denomina el «espacio de los flujos», el lugar donde se produce hoy la interacción social en red, de manera simultánea³⁴. Así surge por primera vez en la historia la posibilidad de interconexión global del ser humano en tiempo real. Un

33 El *tiempo atemporal* se refiere a la dessecuenciación de la acción social, ya sea mediante la compresión del tiempo o por el ordenamiento al azar de los momentos de la secuencia, como ocurre con la distorsión del ciclo vital bajo condiciones de modelos de trabajo flexibles, y una creciente elección reproductiva (Castells, 2008, p. 947).

34 El *espacio de los flujos* es la organización material de la interacción social simultánea a distancia a través de la comunicación en red, con el apoyo tecnológico de las telecomunicaciones, los sistemas de comunicación interactivos y las tecnologías de transporte rápido. El espacio de los flujos no es indeterminado, sino que tiene una configuración territorial que está relacionada con los nodos de las redes de comunicación. La estructura y significado del espacio de los flujos no depende de ningún lugar en concreto sino de las relaciones construidas en el interior y alrededor de la red que procesa los flujos específicos de comunicación. Función, valor y significado en el espacio de flujos son relacionales y no absolutos (Castells, 2008, p. 948).

tiempo comprimido que permite desplazarse de la eternidad a la inmediatez. Y un espacio virtual que genera un mundo desdoblado en el que todo es o puede ser posible, un mundo hiperreal, un País de las Maravillas. Podemos reconstruir el pasado (carbono 14, paleopatología, etc.) y a la vez recrear o «virtualizar» el futuro (simulaciones por ordenador). Lo que no se puede crear se simula. Y lo simulado adquiere cierta naturaleza de realidad, es una «virtualidad real» (Castells, 2008). Por eso las generaciones *Wii* ya se confunden entre un entorno físico real y un «e-entorno», que es el nuevo *espacio* en el que se despliegan los valores postmodernos.

Una crisis en referentes tan cruciales como la ciencia, el tiempo y el espacio genera un aumento del relativismo normativo (el famoso «todo vale» postmoderno) y un sincretismo, fusión o mezcla de todo lo posible que fomenta la construcción de *orientalismos* varios y la consecuente explosión de cultos. Es lo que se ha llamado la *era del collage*. Y esto tiene una importante consecuencia: en todos los contextos y procesos sociales se producen situaciones de pervivencia simultánea de lógicas *disyuntivas* y *sintéticas* (Bericat, 2003) (local y global, sujeto y objeto, ser y no ser, materia y energía, orden y desorden...).

6.1.3. Los valores postmodernos

Tanto las nuevas individualidades como las *tribus* postmodernas se construyen a partir de una *constelación de valores* (Inglehart, 1991) que están presentes en distintos grados en el mundo global. Y, si bien es cierto que dichos valores están más presentes en el mundo desarrollado, la expansión viral de los avances tecnológicos los está difuminando a escala global. Algunos de esos valores son los siguientes:

a. El desapego postmoderno

Al margen de la emergencia de nuevos valores propios de la época, lo más importante de la cultura postmoderna quizá sea que casi nada es importante. El desinflé de las grandes utopías políticas y los efectos perversos de los progresos tecnológicos han generado una cierta falta de confianza en el futuro, fomentando con ello la apatía generalizada. Una indiferencia que no solo es debida a la falta de fe o la privación, se debe

Salud pública en tiempos postmodernos

también, en buena parte, al exceso. Tenemos tanto, podemos ver y conocer tanto que ya no nos interesa casi nada. ¿Qué sorprende o escandaliza hoy día? Pocas cosas. Son la indiferencia y la apatía las que crecen por doquier, para deleite del neoliberalismo y los mercados. Por eso, precisamente, ha sorprendido tanto el 15-M³⁵, ¿cómo es posible que una masa habitualmente atomizada y apática haya salido a las calles con propuestas políticas concretas, directas, creativas, éticas y contundentes?, ¿cómo es que la indiferencia, de repente, se ha tornado indignación? Esto es, precisamente, lo que, en los primeros días de la protesta, dejó noqueados a tertulianos y analistas políticos; y, por supuesto, a los grandes partidos. Tanto como a los gobiernos de Islandia, Egipto, Túnez, Libia, Siria, etc. El desapego, que tan *caro* y útil le resultaba a la democracia *formal*, parece que se les está yendo de las manos en forma de exigencias de democracia *real*.

b. El tiempo presente

Uno de los valores culturales más definitorios de la postmodernidad es el «presenteísmo» (Maffesoli, 2007), vivir el presente, vivir todo hoy; la valoración de la inmediatez. Este es el *tiempo* en el que se despliegan los valores postmodernos. «Quiero esto, aquí y ahora». Ese es, por ejemplo, el mensaje clave de la última campaña publicitaria de *Páginas Amarillas*: «lo quiero, lo tengo». El futuro se disuelve, es una nebulosa, pura bruma, en la que ni siquiera nos es dado pensar. Para esta «cultura de la urgencia» ya no importa la inmortalidad (Sánchez y Pedrazzini, 1996), sino conservarse joven ahora. Y esto es una novedad en la historia de la especie (Bauman, 2007a). Como ya vio Baudelaire, el valor central en esta cultura es lo nuevo. Tanto, que incluso lo nuevo, ya es viejo.

c. Envolturas y fachadas postmodernas

Vivimos en la sociedad de la seducción a través de la envoltura, la imagen. De ahí que la cobertura estética de los productos, los servicios y las personas resulte hoy tan fundamental. La sociedad actual exige insistentemente diferentes formas y foros de autopresentación (Beck, 2002) de la persona en la vida cotidiana (Goffman, 2001), convertida

35 El Movimiento 15-M estalló en muchas ciudades de España en mayo de 2011 exigiendo ética y limpieza democrática.

ahora en un espectáculo social. A ello se debe el actual desenfreno consumista, las modas de microtemporadas, los consumos ostentosos sin más finalidad que la de ser vistos, los mercados de la imitación y la copia, etc. Quizá el mejor ejemplo de esta nueva cultura lo constituye el cambio sociológico en la expresión pública del duelo ante la muerte. Los y las dolientes lloran hoy ante las cámaras de TV a la vez que son entrevistados «en caliente». Pero antes de ello, para poder llorar como es debido, se han puesto ropa de domingo, han viajado, han entrado en camerinos para el maquillaje, han firmado el consentimiento informado y... cámaras, acción... ¡A llorar se ha dicho! El duelo desde antiguo era un ritual de desgarrar ante el féretro, ahora ha mutado en un llanto intimista, un lamento *soft* con dramatizaciones pautadas, adaptado a las formas que el medio (TV) impone, cortes para la publicidad incluidos. Los/as dolientes se convierten así en plañideras pagadas por los *mass media*. Sigue siendo *panem et circenses*, solo que ahora el espectador forma parte del espectáculo, es también gladiador y fiera a la vez. Lo que importa es la *calidad* de la diversión, buen circo. Otra expresión de la importancia de las formas es el *lifting semántico* (Lipovestky, 1986) que ha introducido la postmodernidad a través de la extensión del lenguaje «políticamente correcto» que construye constantemente realidades eufemísticas, meros textos, en su sentido postmoderno. Estas fachadas de cartón-piedra ilustran bien las formas que adoptan los valores postmodernos. Es el reino de las apariencias, el predominio de la forma sobre el contenido.

d. Narcisismo hedonista

El individuo postmoderno, producto del proceso de individualización, del hiperconsumo y la explosión de libertades, es un sujeto narcisista insistentemente preocupado en la satisfacción de *todas las necesidades* del yo, especialmente del yo *íntimo* y de sus necesidades postmateriales (consumo de bienes no tangibles, búsqueda de la calidad de vida). Narciso se desentiende de lo público, de la universalidad, de lo político en sentido clásico y se recrea continuamente en la «república independiente de su casa» (Ikea). La publicidad refleja muy bien esta «cultura del narcisismo» hedonista (Lasch, 2000). La marca de refrescos Schweppes ha lanzado un nuevo producto denominado *Spirit* que *vende* «el disfrute la vida, la liberación de los sentidos». Y Coca-Cola, que nos dio «la chispa de la vida», ahora nos dice: «Estas aquí para ser feliz». Esto es hedonismo destilado. Lo más nimio es importante; las más ligeras bagatelas del yo se convierten en «asuntos de Estado». Prueba de ello es también el giro dado en los

Salud pública en tiempos postmodernos

contenidos televisivos, en los que los argumentos de carácter técnico o artístico dejan paso a un desfile de Narcisos y Narcisas que acuden a los platós a narrar nimiedades ante las cámaras. Eso es el narcisismo, la expresión gratuita, la primacía del acto de comunicación (la enunciación) sobre la naturaleza de lo comunicado (el enunciado). Expresarse, hablar por hablar, sea cual sea la naturaleza del mensaje. Las personas hoy exponen, incluso, sus intimidades en el *ágora* (la televisión, las redes sociales, etc.) en una especie de *strip-tease* generalizado. Es el fin del *homo politicus* y el nacimiento del *homo psicologicus* en busca de su ser y su bienestar (Lipovestky, 1986). Y se trata, además, de un narcisismo hedonista que se recrea en el victimismo y el infantilismo con bastante frecuencia (Bruckner, 2005). Vacaciones, exámenes, envejecer, engordar, el amor, el desamor, el éxito profesional... ¿Qué cosas no producen hoy día dramatizaciones y estrés? Por ello, las consultas de los mercaderes de la psique están a rebosar de clientela ansiosa por reparar el *software psi* de Narciso/a.

El hedonismo fue considerado por Daniel Bell como la principal contradicción cultural del capitalismo al suponer un desgarramiento en el orden económico jerárquico-utilitario. Sin embargo, la evolución postmoderna ha puesto de manifiesto que más que tratarse de una contradicción, es un motor de desarrollo, una condición de su funcionamiento y expansión (Lipovestky, 1986). En sociedades que son cada vez más orgiásticas (Maffesoli, 1996), el trabajo y el ahorro dan paso al consumo, al hedonismo y al placer que –reales o anhelados– se convierten en ejes centrales de la existencia.

e. La suavización de las costumbres

La postmodernidad ha traído consigo una suavización de las costumbres en el sentido que describe el proceso civilizatorio de Elias (1987); un *control emotivo fuerte* que ha tenido consecuencias en los comportamientos individuales y en las estructuras y relaciones sociales³⁶. El diálogo se superpone y se legitima como forma de resolución de los conflictos personales y de relación con las instituciones, con independencia del incremento empírico de conflictos en muchas áreas de la vida social (las «violencias» en las relaciones dentro de los sistemas sanitarios y educativos son un

36 La mayoría de las infidelidades, por ejemplo, antaño uno de los delitos graves contra el honor, la herencia del patriarca y el propio orden social acaban hoy en la simple disolución de los vínculos o en el olvido.

buen ejemplo de estas tensiones paradójicas). En este marco de *suavidad* ha surgido, por ejemplo, una nueva «ecosensibilidad». La conciencia acerca de los límites de sostenibilidad medioambiental ha conllevado una revalorización de la naturaleza y del medioambiente. Y esta nueva sensibilidad ecologista ha incorporado, incluso, la relación con los animales al proceso de la civilización (hoy, maltratar a un gato, por ejemplo, sigue denotando crueldad, pero además es un delito). El 15-M ha sido un buen ejemplo de este civismo. Los *revolucionarios* y *revolucionarias* han convocado «asambleas constituyentes», pero no han derribado puertas, ¡han llamado educadamente al timbre de la Bastilla antes de entrar! Una de las mayores y más finas críticas políticas a la democracia española (y occidental) se ha llevado a cabo derrochando educación y civismo. Ni se han incendiado palacios ni se han decapitado reyes. Se ha deliberado en las plazas, recogiendo después los «trastos». Uno de los muchos ingeniosos mensajes decía: «Políticos: somos vuestros jefes y os estamos haciendo un ERE³⁷». Como vemos, un proceder muy democrático y *civilizado*.

f. El despliegue de las libertades íntimas

La dinámica de desarrollo social en Occidente ha ido desplegando paulatinamente las libertades en los planos económico, político, científico o artístico. Ahora ha llegado a la vida cotidiana de las individualidades, provocando lo que Giddens (2006) llama las *transformaciones de la intimidad*, estrechamente relacionadas con la ciudadanía íntima de la que hablaba Plummer (2003). La personalidad postmoderna (autoconstruida y autogestionada) puede cambiar con facilidad de modo de vida en los planos individuales y ello está dando lugar a nuevos modelos de relaciones interpersonales basados en la empatía, la autenticidad y la libertad.

Uno de los ámbitos más afectados por esta revolución de la intimidad es la esfera del deseo, los afectos y la sexualidad. En el siglo XIX, la psiquiatría, la medicina legal y la salud pública diseñaron un modelo sexual normativo en el que el concepto de «enfermedad» sustituyó al de «pecado», con lo que la sexualidad se medicaliza y un *ars erótica* se sustituye por una *scientia sexualis* (Foucault, 1989). En la actualidad, las «enfermedades» sexuales diagnosticadas por la *scientia* han dejado de ser

37 Expediente de Regulación de Empleo.

tales y han pasado a ser redefinidas como «opciones libres» de los individuos. Y el futuro avanza hacia una sexualidad más plural, y basada, fundamentalmente, en la seducción entre humanos que sientan interés por conocerse entre sí (Nieto, 2008; Giddens, 2006), sin más «ataduras» sociales.

Por otra parte, el ideal de compartir la vida, el amor, los sueños con otra persona ha perdido fuerza, o al menos, ya no es imprescindible que ese alguien sea la misma persona para toda la vida (el mito de la media naranja ha caído en la *Thermomix*). Aunque se mantenga el ideal, los sujetos «idealizados/as» se van reciclando a medida que se van cubriendo etapas de la biografía personal, carente ya de una programación lineal con un final feliz *made in Hollywood*. La pareja, en la actualidad se fundamenta más en lo que Giddens (2006) llama la «pura relación», orientada al crecimiento personal y no basada en el dominio, la sumisión, la opresión o las imposiciones sociales. En una época «conectiva» lo que prima es la multiplicación de los contactos (Verdú, 2007, p. 134) frente a la firma de contratos en roca granítica.

g. Los nuevos significados sociales del cuerpo

El cuerpo ha cobrado, en las sociedades contemporáneas, una extraordinaria importancia (Turner, 1994) debido la intensificación de sus dimensiones individual, social y política (Martínez-Barreiro, 2004). Esto pone de manifiesto que el cuerpo también es, en muy buena parte, una construcción social (Nettleton, 2006), lo que quiere decir que sus principales características (como la forma de andar, la figura o los gestos) están determinadas por factores sociales y culturales. Y es, además, una *construcción* muy politizada, continuamente expuesta a la regulación social: las instituciones regulan, controlan, monitorizan y usan los cuerpos. Foucault (1999) describió las prácticas históricas de algunas instituciones (hospitales, manicomios, cárceles) para la disciplinización de los cuerpos. Los análisis feministas también han puesto de manifiesto cómo la medicina, por ejemplo, ha controlado el cuerpo de las mujeres (Ortiz-Gómez, 2000; Gil-García y Ortiz Gómez, 2008); y uno de los elementos clave de la desigualdad de género es la potenciación de la diferencias respecto a la imagen corporal de hombres y mujeres. Y, últimamente, las empresas ya le están empezando a arrebatar el cuerpo a su *propietario*. La marca de refrescos *Powerade* lo plantea con claridad: «¿Tu cuerpo te pertenece...? Pertenece a quien lo hace funcionar», nos recuerdan en su

publicidad. Ya no pertenece al sujeto, ni a Dios, ni, por supuesto, al salubrismo. Ahora él mismo se entrega rendido a las tecno-corporaciones empresariales³⁸. Estos ejemplos ilustran bien el papel del cuerpo como objeto de intervención social y política.

En la actualidad, la corporeidad incluye dos significaciones básicas: la cognitiva y la sensual (Lyon, 2005). Por una parte, el cuerpo es algo a conocer. El mandato del oráculo del *Delphos* («conócete a ti mismo») se ha hecho hoy extensible a la propia corporeidad, con lo que se produce una ampliación de los límites del *ser*, del sujeto, que ahora no solo es que incluya la carne como algo positivo, sino que la persona es, fundamentalmente, persona encarnada (Esteban, 2004): la manera en que experimentamos o vivimos el cuerpo juega un papel central en la construcción de la identidad personal (Cantarero-Abad, 2008). Por otra parte, el cuerpo es algo a disfrutar, a cuidar, a mimar; ya no se oculta, ahora se exhibe, es un nuevo objeto de culto y un medio de creación, comunicación e interacción con el entorno a través de los sentidos.

El desarrollo tecnológico está cambiando los significados del cuerpo, haciendo que las fronteras entre la corporeidad física (o natural) y el *cuerpo social* cada vez estén menos claras. Así, el cuerpo está ya empezando a ser –también– algo a modificar, a «tunar»; se está convirtiendo en la maqueta de un proyecto por ensamblar. Con ello, las viejas certidumbres relacionadas con el nacimiento, la vida, la muerte y el cuerpo se vuelven cada vez más complejas e inestables. Este nuevo *soplo* creador que exhala la tecnología está dando paso a la más importante (re)significación de la corporeidad humana en toda su historia³⁹.

h. La identidad y sus dobles

Las identidades han sido siempre fuentes de sentido claves para los sujetos y para las colectividades, y lo siguen siendo en las sociedades contemporáneas. Hoy, la *masa* homogénea de los años sesenta se ha transformado en una miríada de grupos sociales que cobran sentido gracias al «poder de la identidad» (Castells, 2003).

38 En este ambiente proto-ciborg, en el que se las tendrá que ver el nuevo salubrismo, prevenir o promover tiene menos gancho que «funcionar».

39 Volveremos a ello en el capítulo siguiente.

Salud pública en tiempos postmodernos

En este estado, la tendencia hacia una identidad global como seres humanos pervive e interactúa con el refuerzo de las identidades locales, individuales y grupales (las tribus), como ocurre con la cultura de las bandas y otras «identidades de resistencia que se atrincheran en paraísos comunales y se niegan a ser barridas por los flujos globales» (Castells, 2003) o por el «individualismo radical» (Maffesoli, 2007). Éste ha sido el claro posicionamiento ideológico mantenido colectivamente por el Movimiento 15-M. A la vez, las clásicas identidades colectivas de tinte más político (nacionalismos, por ejemplo) tratan de reforzarse mediante la eterna y casi patológica búsqueda de los *orígenes* (mayormente inventados), del *mínimo común denominador*, y la construcción de un abultado inventario de diferencias con «el otro» fabricado a base de *levaduras* políticas (o religiosas) que ensanchen artificialmente tales *diferencias*. Otras identidades colectivas, generalmente más frágiles y efímeras, se estructuran ahora en base a nuevos valores (la conciencia medioambiental, el «pásalo», el V de Vendetta, Anonymous, DRY, etc.). Entre tanto, nuevas identidades individuales ad hoc afloran en Internet, que acoge ya a una gigantesca miríada de «e-ruiseñores» (blogueros, twitteros y demás e-sujetos) que no cesan de canturrear su «yo» en cada uno de los miles de nodos o ramas de la red global.

Pero la novedad más importante estriba en que ya no se trata de una identidad dada sino construida por el propio sujeto mediante un proceso de individuación (Castells, 2003). Una identidad a la carta y con recambios, con dobles. Las personas son hoy especialistas de doblaje. Se ha roto con ello cierto *fordismo* en la producción social de sujetos. Las múltiples modas, los estilos de vida *on my way*, las identidades virtuales (*Second Life*), los *avatares*, etc., reflejan bien las grietas abiertas en el tradicional modelo uniformador de los grandes rebaños. La identidad postmoderna es un potencial de múltiples posibilidades que pueden ser activadas o no, en función de un contexto, unos intereses, deseos o necesidades. Son, por tanto, identidades elegidas, contingentes e interactivas; ya no vienen dadas al nacer ni duran toda la vida. La filosofía del bricolage ha penetrado en el metafísico núcleo de las sustancias, el *sancta sanctorum* del ser. Una imagen muy postmoderna de estas identidades líquidas es el protagonista «malo» de la segunda parte de *Terminator*. Se licua para reconvertirse continuamente en un sin fin de personajes, que se mimetizan con el ambiente o contexto de cada situación. Puede, según la escena, ser un policía, una señora conduciendo, un niño, o convertirse –adoptando su físico y sus voces– en la madre del protagonista e incluso en el propio protagonista. De forma similar se construyen las identidades postmodernas. Es tiempo de máscaras, de carnaval.

6.2. EL INDIVIDUALISMO CONTEMPORÁNEO

Históricamente no es posible discutir que desde el momento que los griegos situaron el problema de la individualidad en lo más alto de su desenvolvimiento filosófico comenzó la historia de la personalidad europea. Roma y el cristianismo actuaron sobre ella. Y de la intersección de estos factores surgió el fenómeno del yo individualizado.

Werner Jaeger

Desde los griegos hasta hoy, la idea de un yo individualizado ha estado en la base de la reflexión filosófica, de la política, de la economía, la cultura y la sociedad occidental. Para el sentido común, la *conciencia individual* aparece como una evidencia inmediata, el «sustrato originario sin el cual la vida social parecería flotar en el vacío» (Durkheim, 1993). Esta seguridad ontológica de que hay «algo» dentro con entidad propia (una esencia) ha tenido una enorme importancia en la historia de Europa⁴⁰. Y aunque es un concepto que surge en Occidente se ha extendido, con diferentes adaptaciones e intensidades, a nivel global.

El término «individualismo» da cuenta tanto de *una filosofía* (con distintas bifurcaciones de tipo ético, político, económico y metodológico) como de una forma de vida basada en la libertad de las personas para *actuar y emitir juicios*. Desde cierta tradición filosófica el individualismo es «la doctrina que hace del individuo el fundamento de la sociedad y de los valores morales» (Casalis, 1995). Según esto, el individuo es independiente de la colectividad y de sus normas sociales. O, lo que es lo mismo, la sociedad no sería más que el resultado de una operación aritmética de suma de individuos. Desde un punto de vista sociológico, en cambio, el individuo solo es inteligible a partir de la sociedad (Lucas, 1986), de la multiplicidad de interacciones que establece con el contexto social. O, como tan insistentemente remarcará Durkheim (1988), la explicación de la vida social hay que buscarla en la sociedad, no en el individuo.

⁴⁰ Fue en Europa donde este «individuo» decidió un día, en tiempos de la Reforma protestante, que era tan autónomo que no necesitaba ningún tipo de mediación social para relacionarse directamente con Dios. Dejó de ser necesaria la *ecclesia*, la comunidad. El yo personal tiene *suficiente entidad* como para establecer una relación de tú a tú con la divinidad.

6.2.1. Los orígenes del individualismo occidental

Para los griegos el individuo no es ni un ser gregario ni un yo autónomo sino una idea (Jaeger, 2004), una abstracción. Esta tradición de la Antigüedad viene representada por Aristóteles y su concepción del ser humano como animal político, que implica que el yo solo se puede definir a partir de su *inevitable* relación con la polis (el Estado). A esta tradición se adiciona, a partir de san Agustín, la idea cristiana del valor infinito del alma individual humana⁴¹ y posteriormente la libertad del individuo reclamada a partir del Renacimiento. Para los griegos se trató de una individualidad al servicio de la totalidad; para el cristianismo, el individuo es solo un instrumento de Dios, su juguete de barro.

En el siglo XVII aparece un individualismo «posesivo» que se convierte en la base de lo político y del Estado de derecho. El individuo ya no se concibe como un todo moral ni como la parte de un todo social que lo sobrepasaba, sino como su propio propietario (MacPherson, 2005). El poder soberano (el Estado) ahora está al servicio del individuo. En palabras de Hobbes: «*autorizo y transfiero [al Estado] mi derecho de gobernarme a mí mismo*» (Hobbes, 2006, 141). La filosofía normativa de Thomas Hobbes y el papel heurístico del egoísmo como motor de la acción humana contribuyó enormemente a la construcción de este individualismo en los dos siglos siguientes (Sabine, 1989).

6.2.2. El individualismo moderno: el proceso de individualización

La modernidad industrial desde el siglo XIX constituye una nueva fase en la historia del individualismo occidental (Lipovestky, 1986). Para Tocqueville (2002), es la democracia la que potencia el individualismo y fomenta el aislamiento del sujeto⁴². Para Durkheim (1993), la alta especialización y diversificación funcional del trabajo,

41 Para san Agustín el individuo es una criatura de Dios cuya labor es utilizar la gracia que el señor le otorga para su salvación (Casalis, 1995). Pero no olvidemos que se trata del mandato de un dios narcisista que ordena amarlo a él sobre todas las cosas, por lo que aquí el fin es más la salvación *per se* (a mayor gloria de Dios) que el propio ser salvado (el individuo).

42 La democracia no solo «relega a los antepasados de un hombre al olvido, sino que le vela sus descendientes y le separa de sus contemporáneos; sin cesar lo concentra sobre sí mismo, amenaza encerrarlo completamente en la soledad de su propio corazón» (Tocqueville, 2002, p. 130.)

propia de la industrialización, amplía las potencialidades de las individualidades al hacerlas más complejas y, de paso, fomenta la cohesión social. Simmel (2003) considera que la «diferencia entre particulares» generada por estos procesos fue un gran logro histórico y cultural ya que fomentó la existencia de personalidades regidas por su propia normativa. Estas diversas interpretaciones son muestra del giro que se produce en este momento al pasar de la construcción del individuo en clave filosófica a una construcción en clave sociológica; la individualidad se pone en estrecha relación con la sociedad. La modernidad, con su desarrollo económico y democrático, produjo una mutación histórica en las relaciones entre individuo y sociedad que rompe con el individualismo posesivo de Hobbes y dará lugar a un individualismo productor y consumista. Los individuos se convierten en unidades de consumo, con lo que el individualismo adquiere una importante dimensión económica y cambia o pierde buena parte de sus connotaciones políticas.

El hiperindividualismo neoliberal de los años noventa del siglo XX sería la mayor expresión de esta pérdida de protagonismo del espacio público, político, en pos de intereses privados que producen sujetos *no programados* para crear lazos sociales (Bauman, 2007). Esto supuso una redefinición profunda del concepto de participación social y la pérdida de la fe en las grandes utopías colectivas. En una situación así, ¿en quién creer? En uno mismo/a. Se produce entonces una gran expansión de la subjetividad y de las legitimidades individuales. Se pasa del grupo al sujeto. Los grafitis de los espacios urbanos son un buen ejemplo de esta primacía del yo frente a lo colectivo: la colectividad ha tenido que asumir la desagradable panorámica visual de miles de «firmas», unas amontonadas sobre otras, de neuróticos individuos ansiosos por expresar su «yo» a toda costa, aunque ello implique alcanzar la *trascendencia* a través de un bote de spray.

Durkheim ya intuyó lo «obligatorio» del modelo de individualización bajo las condiciones del capitalismo de producción. Los nuevos sujetos están «obligados a elegir», a tomar decisiones continuamente en un proceso abierto de construcción identitaria individualizada. Pero además, deben hacerlo solos. El «proyecto reflexivo del yo» (Giddens, 2006; 2008) implica que cada vez más áreas de la vida de una persona se deben conformar sin atender a modelos y hábitos preexistentes. Solo ante el peligro, sin el amparo de la familia, la comunidad local, la clase o el grupo social. Y, además, autorresponsable. Este es el nuevo estatus del individuo contemporáneo.

El proceso de individualización de la modernidad es estructural, implica un tipo de «individualismo institucionalizado», es decir, fomentado y facilitado por las instituciones sociales como estilo colectivo de vida. La mayoría de los derechos del Estado del bienestar están pensados para individuos más que para familias o grupos, gran parte de los productos del mercado se diseñan para consumos individualizados, los hospitales del futuro dispondrán de habitaciones individualizadas, en publicidad lo que funciona es la lógica del *pack* individual⁴³...; hasta la herencia genética está empezando ya a ser personalizada. Y las instituciones se adaptan a las motivaciones y deseos de las personas a través de una metamorfosis permanente; las empresas adaptan su producción y sus mensajes publicitarios a un nuevo sujeto caprichoso y variado. E incluso el Estado cambia su rol para favorecer al individualismo. La bravuconería del «autorizo y transfiero» se ha tornado más bien indiferencia. El individuo ya no espera del Estado solo que le represente en la defensa de sus valores e intereses y que le proteja y le dé seguridad. En la actualidad, el Estado tiene otras funciones más proactivas: conformar y controlar comportamientos, o lo que es lo mismo, construir individuos. El Leviatán ha colgado la espada y ahora hace sutiles sugerencias a través de refinados «juegos de lenguaje» (Wittgenstein, 2008); se ha convertido en un *estilista* postmoderno que funciona a base de guiños zalameros, autoconstrucción y seducción⁴⁴.

6.2.3. El individualismo postmoderno: el «personismo»

En la primera década del siglo XXI el individualismo ha sido, en cierto sentido, superado por la explosión de relaciones dentro y fuera de la red y ha mutado en «personismo» (Verdú, 2007). La identidad estable y segura de sí ha resultado redundancia mortecina, se encuentra «saturada» (Maffesoli, 2007). Por eso, se está produciendo

43 El eslogan de una marca de productos precocinados («Juan Palomo, yo me lo guiso, yo me lo como») ilustra bien esta idea.

44 Por ejemplo, el Estado de California obligó a Paris Hilton a realizar «tareas de servicio social» (limpieza de calles, ayudas en orfanatos, residencias de ancianos, atención a enfermos, etc.) como condena por algún tipo de desorden social que esta hija traviesa de la *jet* había cometido. ¡El Leviatán enseñando a las *niñas pijas* a comportarse como es debido! El gélido guardián de la espada que amenazaba ha dado paso a una cálida institutriz que educa y enseña a bordar.

un desplazamiento progresivo «de la identidad hacia la identificación» (Maffesoli, 2007, p. 229) que supone una apertura del sujeto a los demás y a sí mismo a través de un proceso de identificaciones sucesivas. Al yo lo hacen los otros; la persona se construye en y a través de la comunicación con los demás. De ahí que el individualismo del siglo XXI se encuentre en un proceso de búsqueda de la socialidad perdida. Hoy, millones de corazones solitarios pululan por las grandes superficies comerciales y en los intersticios de la red buscando al otro y a la otra (la alteridad). Se trata de un individualismo más reflexivo que se ha dado cuenta de la soledad del individuo moderno y busca esas nuevas formas de socialidad como asideros para la estabilidad del yo.

A pesar de la individualización fomentada por el neoliberalismo, la realidad del sujeto empírico es que sigue inserto en redes de relaciones que son las que constituyen la base de su capital social (Bourdieu, 1997; 2008). Y, aunque el nuevo siglo no lleve necesariamente a ninguna *gran fusión*, las nuevas orientaciones sí apuntan hacia un individualismo más cooperativo o altruista (Maffesoli, 2007). Una vuelta al panel. Pero lo que parece volver ahora es la *persona* concreta, no el sujeto abstracto, no el ciudadano (Verdú, 2007). O, en todo caso, podríamos decir que el nivel de abstracción es más amplio: vuelve la ciudadanía, pero ahora es personalizada y global al mismo tiempo.

6.3. LA CRISIS DE LAS RELACIONES DE GÉNERO

Ante todo, casa, mujer y buey de labranza.

Hesiodo

La política sexual que crea y sostiene [la diferenciación de género] se esconde de manera eficaz detrás de la producción discursiva de una naturaleza, incluso de un sexo natural que se define como la base incuestionable de la cultura.

Judith Butler

En las sociedades contemporáneas está teniendo lugar una profunda reestructuración de las «relaciones de género», tan profunda que los términos más usados

para referirse a ella, tanto en la literatura científica o política como en el lenguaje cotidiano, suelen ser *conflicto, crisis y/o revolución*, cuando no «guerra de los sexos».

6.3.1. Los conceptos clave en disputa

El concepto de «género» hace referencia al conjunto de normas, valores y prácticas sociales que *se supone* forman parte de las identidades masculina y femenina y que modulan las relaciones entre ellas. Las relaciones de género han constituido un sistema de organización social basado en un orden jerarquizado entre los sexos que implica la dominación masculina en las esferas de la producción y reproducción de la vida en sociedad. La dominación masculina es «una forma de dominio que se inscribe en la totalidad del orden social y opera en la oscuridad de los cuerpos» (Bourdieu, 2000) y que se ha impuesto haciendo uso de la «violencia simbólica»⁴⁵.

El género, por tanto, no designa a un ser sustantivo (Butler, 2008) sino que es un constructo *relacional* (Bourdieu, 2000) que da cuenta de una relación social entre sujetos socialmente producidos (Harding, 1996; Ortiz-Gómez, 2000). O lo que es lo mismo, el género es una construcción cultural. El «sexo» sería, en una de sus posibles acepciones, el conjunto de diferencias anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres.

Sin embargo, esta diferenciación entre sexo y género, tan aparentemente obvia, es intencionalmente engañosa, ya que el sexo es también una categoría cultural, como está poniendo empíricamente de manifiesto la realidad del transgenerismo y la transexualidad y como viene argumentando el feminismo desde hace tiempo. Judith Butler sostiene que el sexo siempre fue género⁴⁶. Por tanto, hablar de sexo o hablar de género es, desde cierto punto de vista, la misma cosa.

45 Se trata de un tipo de «violencia invisible que se ejerce a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento» (Bourdieu, 2000, p. 12).

46 «La construcción denominada *sexo* está tan culturalmente construida como el género [...]; la distinción entre sexo y género no existe como tal. No tendría sentido definir el género como la interpretación cultural del sexo, si éste es ya de por sí una categoría dotada de género» (Butler, 2008). En otras palabras, lo que Butler viene a decir es que si las esencias no existen, los supuestos atributos anatómo-morfológicos son atributos de la nada.

6.3.2. La dimensión sociológica del eje sexo-género

Las apariencias están siempre a favor de la apariencia y la empresa de desvelamiento se expone a suscitar tanto las condenas indignadas del conservadurismo como las denuncias farisaicas del revolucionarismo.

[...] la función de la sociología es desilusionar, decepcionar...

de ahí los ataques violentos contra ella.

Pierre Bourdieu

El eje sexo-género, junto con la clase social⁴⁷, ha estructurado la organización de la vida política, social, económica y cultural. Ello significa que ha sido determinante para la organización del trabajo, la distribución del poder y los recursos así como para la construcción de identidades, prácticas y valores (individuales y sociales). Toda la multidimensionalidad bio-psico-social del ser humano está atravesada por el eje sexo-género. Y todo un amplio número de instituciones sociales interconectadas (la familia, la Iglesia, el Estado, la escuela, el deporte, la ciencia, etc.) han realizado un esfuerzo histórico por convertir un *determinado* orden sexual en una realidad «evidente, necesaria, indiscutible y natural» (Bourdieu, 2000, p. 146). Ello quiere decir que las diferenciaciones de género han tenido importantes *funciones* sociales que trascienden con mucho los ámbitos privados del individuo, su psicología y su biología; han servido para organizar la producción y reproducción de la vida en sociedad. De ahí, precisamente, su importancia; su dimensión sociológica.

La diferenciación *exagerada* (es decir, cultural) del dimorfismo corporal-sexual es un *invento* que ha servido para legitimar las desigualdades sociales de género (una construcción cultural inventada para sostener otra construcción cultural). Y este redundante constructivismo que deja al descubierto un esfuerzo sistemático por travestir la cultura de *natura* es la clave que aporta el enfoque sociológico de la *cuestión del género*. Ni esencialismos naturalistas-biologicistas ni interpretaciones de corte psicológico, las identidades de género son construcciones sociales, un producto histórico. Lo cual, a estas alturas, no debería sorprendernos: ¡si ni siquiera los plátanos o las vacas son *naturales*, qué podríamos esperar de las sobreactuadas representaciones sociales del género!

47 A la clase social y el género habría que añadir, en algunos casos y contextos, la etnicidad.

Veamos un ejemplo. La alimentación rápida (comida basura), especialmente en EE.UU. (y parece que es un fenómeno en expansión), está transformando el dimorfismo sexual-corporal construido por la sociedad industrial. La construcción de la diferencia anatómico-morfológica entre hombres y mujeres, una diferencia que había sido especialmente (culturalmente) marcada⁴⁸ (Osborne, 2002), se está resquebrajando. La sobrealimentación produce masas corporales amorfas, unidades indiferenciadas de nutrientes y calorías que tienden al isomorfismo. Y esta «desdiferenciación» no ha sido inducida desde *el mundo de las ideas* (el movimiento feminista, etc.), no hay ninguna vanguardia detrás de éste fenómeno, tampoco son opciones libremente elegidas por las personas, es del sistema productivo (la *estructura social*) de donde salen estas nuevas corporeidades. Ni esencias naturales ni libres albedríos; *outputs* de McDonald's y Burger King, por así decir. Una muestra elocuente de que la *sociedad* nos construye de maneras diversas en distintos momentos históricos.

6.3.3. La revolución de las relaciones de género

Hoy estamos ante una nueva situación histórica. Una compleja conjunción de condicionantes tecno-económicos, culturales, sociales, políticos y demográficos han dado lugar a un profundo cuestionamiento de las relaciones de género que está transformando todas las instituciones y relaciones sociales. Los cambios en los patrones de reproducción y el mayor acceso de las mujeres a la esfera pública han cuestionado profundamente la supremacía masculina. Por otra parte, el activismo político de los movimientos feministas, de liberación gay-lésbica-trans y de otros colectivos han impulsado un cambio importante en esta dirección al poner de manifiesto la arbitrariedad y violencia del sistema de relaciones de género.

¿Por qué se trata de un cambio revolucionario? En primer lugar, porque lo que cambia es una institución «inscrita desde hace miles de años en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras cognitivas» (Bourdieu, 2000, p. 119). Se pone en cuestión, por tanto, una de las «grandes verdades» que daban sentido a la existencia social, lo cuál tiene implicaciones *demasiado* globales para la organización de la vida en sociedad. Además, en tanto se trata de una lógica conti-

48 Especialmente para las mujeres, moldeadas por la presión del 90-60-90.

nuación en el avance de los derechos humanos y de la reducción de las desigualdades sociales, tiene una dimensión ética y política muy importante. En segundo lugar, porque el cambio de este denso entramado social se ha producido muy rápidamente; los orígenes de la situación actual no se remontan más allá de la Revolución francesa y la Ilustración (Beltrán y Maquieira, 2008) y su aceleración se produjo a partir de los años sesenta del siglo XX y avanza a ritmos crecientes desde entonces (Castells y Subirats, 2007): se ha extendido rápidamente por el mudo y por las clases sociales.

Pero esta *revolución* de las relaciones de género hace referencia a algo que va *más allá* de la ruptura del orden jerárquico entre *los sexos* masculino y femenino. El uso de la expresión «relaciones de género», en su acepción más extendida, suele ser parcial porque conceptualiza las problemáticas del género desde una perspectiva exclusivamente heteronormativa y reduccionista que se circunscribe casi exclusivamente al marco de la pareja heterosexual monogámica y sus cuitas de desamor, poder, manutenciones e hipotecas (la denominada «violencia doméstica»). Sin embargo, la violencia simbólica (y física) de las normas de género afecta a un orden mucho más global que incluye a otros muchos colectivos afectados (Bourdieu, 2000). Pero, sobre todo, lo que implica esta revolución de las relaciones de género es un cambio radical y profundo en una forma milenaria de organización de la vida de los humanos, de sus prácticas, sus identidades y valores. El sistema de clasificación «de género» y su desigualdad estructural resulta ya un anacronismo incompatible con el proceso de la civilización y con el modo de producción postindustrial. Ahí radican las claves explicativas de la crisis del modelo *rosa y azul*. Dos elementos clave ayudan a entender y circunscribir esta crisis de las relaciones de género:

a. La crisis de la heteronormatividad

Controlar y gestionar el deseo sexual ha sido siempre una cuestión de orden social, un asunto de la polis, una cuestión de Estado. Todas las sociedades, sin excepción, han articulado mecanismos de control social del deseo y la sexualidad ya que ambos atentan contra el orden social (Tiefer, 1996; Guasch, 2007)⁴⁹. La «heteronorma-

49 Un príncipe, un noble, [un «señorito»]... podían, llegado el caso, tener relaciones sexuales con una campesina, pero jamás casarse con ella (Guasch, 2007).

tividad» o *heterosexualidad obligatoria*, construida a lo largo de un proceso histórico y social, ha sido el dispositivo encargado del control social del deseo (Foucault, 1989; Osborne y Guasch, 2003) para asegurar la homogeneidad sexo-afectiva de las poblaciones. La finalidad de este sistema fue asegurar la reproducción de la especie, pero no tanto en sentido biológico como en sentido sociológico: asegurar la reproducción social de los grupos humanos, es decir, los modos de producción y las formas sociales de vida⁵⁰.

Este sistema de control social de la sexualidad, con todas las instituciones, mitos y arquetipos que ha creado, es el que se está transformando en el mundo contemporáneo. La tecnología ha separado definitivamente el vínculo sexo-deseo-reproducción y, por tanto, ya ha dejado de tener sentido el objetivo de asegurar a toda costa la heteronormatividad sexual de las poblaciones. Además, en sociedades orgiásticas (Maffesoli, 1996), narcisistas, hedonistas, en los cultos al yo íntimo y a los cuerpos mimados al sol, en los mundos del «usted elige cuando quiera, lo quiera, donde quiera», en los repletos estantes del mercado de las sexualidades libres... ya no encaja bien la moral sexual judeo-cristiana que sirvió de masa ideológica (no solo en Occidente) para la construcción de la heteronormatividad⁵¹. Lo que significa que en el futuro el deseo y la sexualidad vendrán regulados de otras formas.

b. La crisis de la familia patriarcal

La estructura familiar *normativa* del industrialismo tampoco resulta un modelo adaptativo para las condiciones de las sociedades contemporáneas⁵². El desarrollo de la sociedad industrial necesitaba de una *pareja reproductora* que asegurara mano de obra «normalizada»; obreros, guerreros y colonos necesitaban un «hogar» que dispensara las condiciones necesarias para dicho fin (Guasch,

50 En realidad, le reproducción de la especie, en lo que de nosotros dependía, ha estado asegurada siempre a lo largo de la historia de la humanidad; el uso de este argumento ha tenido más una finalidad de legitimación del control social. Se ha usado para legitimar y asegurar *una* forma de vida, no tanto *la* vida misma.

51 Una moral sexual que, no olvidemos, surgió entre pastores del desierto y lleva consigo las marcas de su nacimiento: es rústica, seca, meramente funcional, pobre. Poca cosa para el refinado hedonismo postmoderno.

52 Como lo muestra el aumento del número de separaciones y divorcios y la disminución del número de matrimonios en todos los países desarrollados. O, mismamente, el aumento de la violencia de género.

2007): alimentación, higiene y disciplina («te hace falta una mujer que te gobierne», decían al respecto las abuelas y otros seres queridos); quizá también algo de cariño y emotividad, aunque no debemos olvidar que hasta bien entrado el siglo XX los afectos y las emociones no tenían cabida en el modelo, o como mucho eran contingencias posibles pero no imprescindibles; los matrimonios eran alianzas entre grupos y familias, muchas veces en contra de los propios deseos de los contrayentes⁵³.

Los cambios en el modo de producción convierten a este modelo familiar en otro anacronismo. Una *familia patriarcal* que consume todo lo que compra es *ineficiente* para una economía de hiperconsumo individualizado. Por otra parte, ni la reproducción de la especie (Sánchez-Morales, 2007) ni la expresión de los afectos y el deseo necesitan hoy adoptar este *formato relacional*. Con ello, el matrimonio pierde buena parte de su dimensión social y familiar y pasa de ser un contrato colectivo (entre clanes, «apellidos» o «reinos») a un contrato individual renovable entre contrayentes autónomos; ya no es la base de la *unidad familiar* sino una contingencia más en la vida personal⁵⁴.

Las formas de organizar la existencia cotidiana (vivienda, alimentación, infraestructuras básicas, relaciones), canalizar los afectos y el deseo sexual y «asegurar la procreación» (o mejor sería decir la paternidad y la maternidad⁵⁵) se han *particularizado* de acuerdo a la lógica del proceso de personalización y han surgido un gran número de formas de convivencia que ya no necesariamente incluyen todas estas dimensiones de la vida en una misma coctelera. Incluso gran parte de ellas son *soluciones* temporales, contingentes. Construir *una* familia está perdiendo su sentido teleológico en las sociedades modernas desarrolladas. En todo caso se con-

53 El romanticismo del siglo XIX fue un movimiento de alcance limitado, reducido a ciertas capas sociales (algunos nobles, intelectuales y artistas); las grandes masas de población quedaron al margen «del amor» hasta la irrupción de la literatura romántica para mujeres y posteriormente del cine y la televisión, ya para todo el público.

54 Por eso, Rouco Varela –patriarca donde los haya– y el resto de la jerarquía católica a la que representa han salido a las calles, con sus mejores galas, a vender las bondades de «la familia». Un canto del cisne que ya presiente su fin. La Iglesia católica siempre tuvo buen olfato.

55 Dado el espectacular número de personas que adoptan niños y niñas no parece que estos deseos de «paternidad-maternidad» se expliquen por una pulsión genética tendente a la procreación de los propios genes. Lo que se reproducen son los roles sociales de padre y madre, es decir las *performances* de la paternidad y la maternidad.

tribuye a un proceso global contingente de construcción familiar y relacional que, además de a terceras personas físicas, esta incluyendo cada vez más a las nuevas comunidades virtuales creadas en torno a Internet. Mercedes-Benz, un clásico entre los clásicos, vende hoy sus coches con esta filosofía: «Ya no te casas para toda la vida. Te pasas la vida casándote». Y ni siquiera la solidez de las *Casas Reales* (los Borbones, los Windsor...) parece soportar ya la pesadez de la techumbre de este modelo familiar.

6.3.4. El frasco de las esencias se ha roto

Hasta ahora, el género había sido una especie de «esencia natural», universal y atemporal, que *invadía* con plenitud todo el espectro identitario de una persona; estaba incluso por encima de la clase social, la etnia, la edad u otros grandes referentes sociodemográficos. En la actualidad, la realidad de los hechos, cada vez está poniendo más de manifiesto las insuficiencias de esta visión esencialista y reforzando el enfoque constructivista: el género se construye socialmente a través del uso estratégico y repetido de un conjunto de prácticas corporales y discursivas que se acaban reificando (Butler, 2008).

Ya no se trata de un destino inevitable, sino de una opción elegible, posible, mutable. Y la posibilidad de tránsito, independientemente de su magnitud real a día de hoy, ha tenido un efecto muy importante en la «deconstrucción» de las identidades de género (Bruckner y Finkielkraut, 2001), que ahora implican opciones y operaciones de montaje y desmontaje identitario. Están sujetas a la toma de decisiones humanas, conscientes o no. Algo que era la esencia de «lo dado», basado en la seguridad ontológica de que era así porque *no podía ser de otra manera*, ahora deviene construible; detrás de la supuesta esencia solo había operaciones de bricolaje social. La esencia de las esencias devino mascarada, una simple *performance* (Butler, 2008). Por eso, tanto la masculinidad como la feminidad están en crisis (Rosenfeld, 2006). Y por eso, la identidad personal se vuelve problemática.

Y lo más descorazonador no ha sido ver los cristales rotos, sino comprobar que el frasco estaba vacío. Nos habían vendido aire (o habíamos comprado aire). El pensa-

miento esencialista que da por sentado «que hay una persona sustantiva portadora de diferentes atributos esenciales y no esenciales» (Butler, 2008), independiente del contexto social y preexistente a la persona socializada no es más que una ilusión con fines normativos; un ser humano natural, solo existe en la imaginación de algunas filosofías esencialistas (Simmel, 2003), a las que Nietzsche calificó de «metafísica de la sustancia».

2

Las transformaciones del campo de la salud pública en tiempos postmodernos

La sociedad de la información, como revolución, es algo ya pasado. Lo que se nos viene ahora encima es mucho más importante: puede que estemos ante una nueva civilización.

Nicholas Negroponte

Los cambios sociales descritos inciden directamente en el campo de la salud pública. En el nivel de complejidad de las incipientes sociedades industriales de los siglos XVIII y XIX, a la *vieja salud pública* le bastaba con medidas de higiene urbana, ventilación de espacios, control de aguas o alimentos, diversos saneamientos y algunas cuarentenas. En el siglo XX pareció necesario y suficiente promocionar la salud y educar a las poblaciones para evitar la enfermedad. En las postmodernas sociedades del riesgo, la cosa cambia bastante. La *nueva salud pública* debe seguir atendiendo a los viejos problemas, muchos de ellos ahora cronicándose, mientras hace frente a nuevos desafíos. A la vez se ve desbordada por las crecientes implicaciones políticas, sociales, científicas, éticas, económicas y psicológicas asociadas a la morbilidad colectiva y a la personalidad postmoderna. Como consecuencia de ello,

se está produciendo una profunda reestructuración del campo de la salud pública. A medida que aumente toda esta complejidad social y cultural, serán más importantes sus efectos sobre el propio objeto de la salud pública, sus objetivos y funciones, las estrategias, planes, políticas y programas de intervención.

Los principales ejes de transformación del campo de la salud pública en tiempos postmodernos se encuentran ubicados, fundamentalmente, en torno a su dimensión científica (su corpus teórico-metodológico, sus sistemas de información y conocimiento), en el mundo de las realidades semánticas (los significados), en los nuevos patrones epidemiológicos que se están configurando, en los cambios producidos en las poblaciones, las culturas y los territorios y, finalmente, en la creciente politización del campo.

1. La crisis en los campos del saber

La salud pública, entre otras cosas, es también conocimiento científico. Por tanto, para analizar las transformaciones de la salud pública es necesario entender lo que está ocurriendo en los campos científicos postmodernos. Y para ello resulta fundamental partir del concepto de paradigma, tanto por su centralidad en el análisis de la actividad científica como, especialmente, porque la crisis paradigmática es lo que más claramente caracteriza al estado actual del saber. Los paradigmas son «[...] ejemplos aceptados de práctica científica efectiva, que incluyen conjuntamente leyes, teorías, aplicación e instrumentación, suministran modelos de los que surgen tradiciones particulares y coherentes de investigación científica. Por ejemplo, la "astronomía ptolemaica" o la "copernicana", la "óptica ondulatoria" o la "química de Lavoisier"» (Kuhn, 2006, p. 71) constituirían paradigmas. Como también lo es la biomedicina. A los paradigmas predominantes en uno u otro periodo Kuhn los denomina «ciencia normal». Estos modelos o *miradas paradigmáticas* son esquemas de pensamiento y formas de actuación incorporados y compartidos mayoritariamente por los profesionales de uno u otro campo del saber. Todos ellos están basados en una serie de supuestos filosóficos de orden ontológico, epistemológico y metodológico que guiarán o condicionarán cualquier diseño de investigación y/o intervención sobre la realidad.

La ontología, en tanto que interrogación acerca de la «naturaleza» de la realidad, está presente como debate filosófico al menos desde los presocráticos⁵⁶. La epistemología o «teoría del conocimiento» es la interrogación acerca del «problema del conocimiento» (¿qué nos es posible conocer?, ¿qué podemos decir acerca de lo cognoscible?, ¿cuál es la naturaleza de la relación entre objeto y sujeto de investigación?). De ambos se derivan unos supuestos metodológicos o modos de obtener conocimiento de la realidad. Los debates presocráticos acabaron creando un panorama confuso y un escenario de discrepancias paradigmáticas irresolubles del que surgiría después la sofística. No muy diferente es el postmoderno debate acerca de la naturaleza de las cosas, sin que sepamos aún cuál será su resultado. Veamos cómo empezó todo.

1.1. LAS CRISIS DE LA CIENCIA

1.1.1. Las convulsiones en el campo de la física

En el primer tercio del siglo XX, se produjeron dos de los más grandes avances intelectuales de la humanidad, la teoría de la relatividad general y la mecánica cuántica. Paradójicamente, sin embargo, ambos supusieron una profunda crisis interna en el campo de la física y, por extensión, en todos los campos científicos que, como ocurre en todas las *crisis de la ciencia* (Kuhn, 2006), implicaba cuestionar los supuestos filosóficos básicos del paradigma hegemónico desde Descartes y Newton, es decir, su fundamentación ontológica, epistemológica y metodológica.

En primer lugar, los descubrimientos de la mecánica cuántica⁵⁷ y la *identidad relativista* entre masa y energía propuesta por la teoría de la relatividad (lo existente

56 Filosófico en el sentido en el que entendemos *filosofía* desde los griegos. Los presocráticos, efectivamente, centraron sus interrogaciones en torno a la pregunta fundamental de ¿cuál es el *arché* de la realidad? (El fuego dirían unos, el agua o el aire otros... sin llegar a un acuerdo respecto a cuál era la naturaleza «real» de la realidad). Sin embargo, en un sentido más amplio (como interrogación global), es mucho anterior a ellos. El descubrimiento y manejo del fuego, por ejemplo, con su acción transformadora de la materia, debió inspirar profundas reflexiones *filosóficas* en torno al ser de las cosas (Eliade, 2004).

57 Especialmente, la estructura corpuscular o cuántica de la materia, la dualidad onda-partícula como dos aspectos distintos y complementarios de la materia y el sorprendente descubrimiento de que las partículas pueden estar en más de un sitio a la vez.

es a la vez materia y energía) introdujeron una importante convulsión ontológica en el campo científico. De repente, la naturaleza de la realidad había cambiado. Y se trataba, nada menos, que de la realidad físico-natural, hasta entonces regida por leyes inmutables y universales. Esta nueva ontología rompe con una tradición que se remonta muy lejos en la historia del pensamiento occidental: al menos hasta Parménides, que planteaba que las cosas podían, únicamente, «ser» o «no ser» (Bernabé, 2001). Con la física cuántica y la teoría de la relatividad, una realidad que era A y solo podía ser A, ahora puede ser simultáneamente A y B, onda y partícula, materia y energía. Lo real deja de ser inmutable y único y pasa a ser una complejidad en continua transformación, con lo que se rompe con la idea de la *uniformidad* de la naturaleza.

En segundo lugar, ambas teorías suponían un cuestionamiento radical, no solo del conocimiento científico disponible, sino –lo que es más importante– del conocimiento científico *posible* (una nueva episteme). Con los «cuantos» se puso de manifiesto que ni el paradigma tradicional ni la física de Einstein eran válidos para dar cuenta de las nuevas evidencias detectadas en las realidades físicas (en este caso, subatómicas). Y con ello, se amplían también las posibilidades epistemológicas al abrir un nuevo campo de realidad susceptible de conocimiento y experimentación⁵⁸.

Por otra parte, el *principio de incertidumbre* de Heisenberg⁵⁹ trastocaba la supuesta relación de independencia entre el sujeto de investigación y el objeto investigado. La energía necesaria para observar un electrón modifica su órbita (posición y velocidad) y con ella se inicia una reacción en cadena de efectos y relaciones entre los corpúsculos de la materia que es «desconocida e imprevisible» y que transforma la estructura de aquello que se está observando. Por tanto, a niveles subatómicos, no es posible conocer sin, a la vez, transformar aquello que se pretende conocer. El ideal positivista de que la realidad está *ahí fuera* y el investigador se limita únicamente a medir, a recoger datos «sin más» empieza a hacer aguas.

58 Fruto de lo cual es, por ejemplo, el acelerador de partículas LHC actualmente en funcionamiento en Suiza, que busca la *partícula de Dios*.

59 La relación de indeterminación o principio de incertidumbre de Heisenberg (1926) plantea que la determinación, a escala atómica, de una magnitud característica de un sistema perturba de una forma desconocida e imprevisible otras magnitudes que pudieran caracterizar el sistema (Lévy, 1992).

Salud pública en tiempos postmodernos

Pero además, con ello se produce un desplazamiento del principio de causalidad universal. Uno de los desafíos más importantes de la mecánica cuántica es que pone en cuestión la relación causa-efecto: dada una causa no siempre se produce un efecto. Y, además, cuando el propio observador es la causa del efecto, la relación entre estos conceptos es cualquier cosa menos clara; se acerca mucho al terreno de las lógicas difusas.

La teoría de la relatividad general completó este *rompecabezas* epistemológico con la introducción de la *subjetividad relativista* en cualquier posibilidad de conocimiento. Cuando pensábamos que Copérnico había desplazado la teoría ptolemaica por otra teoría «verdadera», Einstein y su paradigma relativista nos vino a decir que ninguna de las dos es verdad. Decir que la Tierra está quieta y los cielos giran alrededor suyo o decir que es la Tierra la que gira una vez al día son meras convenciones; las dos significan exactamente lo mismo. Es más fácil entender la astronomía si partimos del supuesto de que el Sol está fijo, pero nada más. Es una utilidad práctica más que una verdad *verdadera*. Es decir, pretender la validez universal de la interpretación copernicana implicaría suponer el movimiento absoluto, lo cual es una ficción (Russel, 1981) ya que «todo movimiento es relativo» (Einstein). En realidad, las consecuencias filosóficas de la teoría de la relatividad ni son tan grandes ni tan desconcertantes en términos paradigmáticos. La teoría no dice que *todo* es relativo. La subjetividad desde el punto de vista del «observador» que implica la teoría de la relatividad no requiere de un observador humano (podría ser una cámara fotográfica o un reloj); existiría incluso aunque la inteligencia o los sentidos humanos no existieran. La subjetividad que implica la teoría de la relatividad es *solo* una «subjetividad física» (Russel, 1981), más allá de las excesivas confusiones y usos políticos que el *relativismo* ha generado. Sin embargo, el giro epistemológico de la relatividad ha sido muy importante por el cambio en los hábitos mentales que ha propiciado, tanto en la ciencia como en otros campos sociales e incluso en los esquemas de pensamiento del común de la ciudadanía.

En tercer lugar, a nivel metodológico, ambas teorías suponen una *crisis de los sentidos* (de la vista, del tacto...) como métodos para conocer el mundo. La tradicional estrategia «observacional» del ser humano es sustituida por formulaciones matemáticas, abstracciones de la realidad (cosmológica y subatómica) altamente complejas. Ya no es imprescindible observar la realidad; se puede *construir* teórica y matemáticamente, sobre todo cuando ni siquiera es posible observarla (los límites del univer-

so no podemos más que intuirlos, como tampoco disponemos de energía suficiente en el planeta para observar qué hay dentro de los quarks).

Las crisis de la ciencia, suelen llevar a revoluciones científicas en las que un paradigma es sustituido por otro distinto, al ser ambos inconmensurables. Sin embargo, en este caso no se ha producido tal sustitución, por lo que, de momento, no parecen cumplirse las previsiones de Kuhn. Pero tampoco se ha producido una «integración» paradigmática. La mecánica cuántica no ha encajado en el paradigma de la física clásica; ni tampoco encaja con la teoría de la relatividad. Hemos llegado a una situación de sistemas paradigmáticos inconmensurables, pero ambos posibles. Actualmente coexisten dos teorías parciales en el campo de la física: la teoría de la relatividad general de Einstein, que describe la estructura a gran escala del Universo, y la mecánica cuántica, que se ocupa de los fenómenos a escala subatómica. Ambas son inconsistentes entre sí: no pueden ser correctas a la vez. Y no se ha encontrado aún una teoría que las incorpore a ambas. De hecho, éste es el propósito que desde hace años lleva a cabo el físico Stephen Hawking, la integración de ambas teorías en lo que él denomina una «teoría cuántica de la gravedad» (Hawking, 2001). Y en esa línea va también la denominada *teoría de cuerdas* o *teoría del todo* (y sus universos paralelos).

Esta inconmensurabilidad paradigmática rompió la creencia en el progreso científico como un proceso acumulativo hacia la verdad. El avance científico se producía «a saltos» no lineales, según mostraba Kuhn. Solo que en esta ocasión, esos saltos no han llevado a la predominancia de un nuevo paradigma, sino a la coexistencia simultánea de varios, a una situación paradigmática *disyuntiva*, es decir, la convivencia de enunciados científicos inconmensurables acerca de un mismo objeto. Esta es una de las grandes novedades científicas con las que tenemos que lidiar en la actualidad. A la vez, *ser y no ser*. «He ahí la cuestión» para el Hamlet postmoderno. Empédocles, que había avanzado más de 2.500 años antes, que una afirmación *es* verdad en un sentido y *no lo es* en otro, que una cosa puede a la vez «ser y no ser», sonreiría socarronamente ante el giro dado por la ciencia en el siglo XX⁶⁰.

60 Y ahí no acaba la historia. Tras la publicación por parte del CERN (Centro Europeo de Investigaciones Nucleares), en los últimos días de septiembre de 2011, del «increíble» descubrimiento de que los neutrinos viajan a mayor velocidad que la luz, todo parece indicar que será –de nuevo– en el campo de la física donde se produzca una nueva ruptura paradigmática que pone en cuestión la universalidad de la teoría de la relatividad.

Cuadro 1. Transformación de los supuestos filosóficos de la ciencia en el siglo XX

| | |
|----------------------------------|--|
| Supuestos ontológicos | Convulsión ontológica: ruptura de la uniformidad e inmutabilidad de la realidad |
| Supuestos epistemológicos | Apertura de las posibilidades de conocimiento (la realidad subatómica como un nuevo mundo a explorar) Nueva relación sujeto-objeto de investigación (principio de indeterminación de Heisenberg y subjetividad relativista) Desplazamiento del principio de causalidad universal |
| Supuestos metodológicos | De la estrategia observacional a las abstracciones lógico-matemáticas |

1.1.2. La crisis moral y el descrédito de la ciencia

Por otra parte, las dos guerras mundiales fueron el inicio de una gran crisis moral de la ciencia que contribuyó enormemente a su descrédito social. El uso perverso de los descubrimientos científicos (las propuestas eugenésicas, la antropología y la medicina racistas, los desvaríos nazis, las dos bombas atómicas, Vietnam, etc.) generó desconfianza hacia la ciencia y su tecnología. La fe en el progreso indefinido de la humanidad a lomos de la ciencia que la Ilustración había predicado sufrió una crisis de sentido. No obstante, a ese *lado oscuro* de la ciencia también hay que añadir muchos avances positivos (desde la llegada a la luna a los éxitos de la biomedicina o la farmacopea o el aumento de la calidad de vida en general, etc.) que han supuesto un refuerzo de la legitimidad social del campo científico. Y actualmente, el progreso ha aumentado los riesgos y peligros pero la mejora de las condiciones de vida no es tan universal como se prometía: las desigualdades, el hambre, las guerras y otros problemas sociales siguen creciendo. Con todo ello se ha generado una situación ambivalente, con resultados positivos y negativos. La fe en la ciencia pierde fuerza, se relativiza. Pero no porque se ponga en duda el avance de los conocimientos sino porque se frustra la idea de que más conocimiento sea igual a más progreso y de que ese

progreso sea algo positivo y éticamente aceptable. Es decir, el debate ético-político se instala, con importantes consecuencias, en el campo de los saberes científicos. Y esta dinámica político-científica se ha intensificado de manera creciente en la postmodernidad por las implicaciones éticas de los nuevos avances de la biotecnología y las TIC.

1.1.3. Una crisis filosófica de la ciencia

A partir de los años 70, de manera paralela y convergente con la revolución tecnológica, se produce uno de los debates científicos de mayor calado filosófico y riqueza teórica en la historia de la ciencia. La crisis científico-filosófica que introduce la postmodernidad está muy por encima de cualquiera de las grandes controversias científicas a lo largo de la historia, tales como la ruptura de Copernico y Galileo con el sistema geocéntrico de Ptolomeo o la polémica entre paracelcistas y galenistas en la historia de la medicina⁶¹. Al fin y al cabo, Galeno, Paracelso, Vesalio, Galileo, el Cardenal Belarmino⁶²... hablaban el mismo lenguaje (Beltrán, 2006). Todos ellos compartían el mismo sistema epistémico, independientemente de que unos, como Galileo y los médicos renacentistas, fundamentaran la verdad de sus creencias en las evidencias que proporcionaba la observación empírica a través del telescopio o de las autopsias y otros, como Belarmino, apelaran a las Sagradas Escrituras, en tanto que verdad revelada por Dios, como fuente de toda evidencia. O a las sagradas escrituras hipocráticas, ya que al fin y al cabo, el Corpus hipocraticum, asumido prácticamente hasta la última letra por Galeno, era también una sagrada escritura⁶³.

Belarmino y Galileo discrepaban acerca de cuál de los metarrelatos en juego era el más válido. Los postmodernos, en cambio, niegan la mayor y afirman que ningún

61 Básicamente, la medicina renacentista choca con la larga tradición del galenismo porque sustituye la deducción y la analogía por la observación directa de la anatomía (autopsias) y porque desplaza la teoría humoralista por un «enfoque químico» de la mirada médica.

62 El Cardenal Belarmino fue el representante de la Iglesia en la disputa con Galileo.

63 Frente a estas nuevas formas de ver y de hacer, el paradigma hegemónico tradicional (el galenismo) reaccionó, como no podía ser de otra forma, contra Vesalio. El que había sido su profesor en París, Jacques Dubois (conocido como Silvio) lo llamó «calumniador, impío, ignorante, desvergonzado» y otros insultos (López-Piñero, 2001, p. 102). Para su críticas, Silvio adujo que los errores de Galeno no eran tales, sino que se debían a que la naturaleza humana había cambiado desde los tiempos clásicos. ¡Esto es agarrarse a un paradigma! Aquí se puede ver la fuerza de los paradigmas y la resistencia a abandonarlos.

relato es más válido que otro. Como ya vimos, se niega la validez misma de los grandes relatos o explicaciones del mundo y con ello se pone en cuestión la propia noción de paradigma. Y esto constituye, precisamente, el gran envite que el pensamiento postmoderno ha planteado a la ciencia y al conocimiento. El filósofo francés Jean Francoise Lyotard, con la publicación en 1979 de *La condición postmoderna*⁶⁴, lanzó uno de los disparos más certeros en un debate –aún abierto– que ha sido calificado como las «guerras de la ciencia». La condición postmoderna trajo consigo una crisis del conocimiento, de los saberes o, en palabras de Lyotard, el «*fin de los metarrelatos*». La tesis principal de Lyotard y los demás pensadores postmodernos (Baudrillard, Foucault, Derrida, Deleuze, Vattimo, Rorty, etc.) se centra en la imposibilidad del conocimiento objetivo; todo conocimiento es subjetivo, interpretativo, *situado* y de validez únicamente local. Esto supone un rechazo de las generalizaciones científicas y de las teorías totalizadoras o unitarias para explicar el mundo. No existen procedimientos universalmente válidos para determinar la validez de las proposiciones científicas. Todo conocimiento depende de unas condiciones sociales de producción específicas y no existe conocimiento que no esté vinculado a algún «régimen de poder» (Foucault, 2005). La ciencia sufre una crisis de legitimación. Si los grandes relatos ya no valen, los avances científicos requerirán de consensos, lo que supone una situación paradójica porque los consensos, por definición, no son creativos (Lyotard, 2006) y por tanto ralentizan los avances. Lo único que queda son jugadas de lenguaje.

1.1.4. Las cuestiones en conflicto: verdad, legitimación y lenguaje

Pero, ¿cuáles son los temas cruciales de esta discrepancia? Fundamentalmente, lo que está en disputa es la interpretación de los supuestos paradigmáticos básicos de la ciencia normal y su capacidad para generar conocimiento *verdadero* (¿existe algo que pueda ser llamado verdad científica?), los argumentos de legitimación de la ciencia (¿a través de qué evidencias, argumentos o razones podríamos fundamentarlo y legitimarlo?) y, por último, el insospechado papel que cobra el lenguaje para los pensadores postmodernos. El debate acerca de la verdadera

64 Un informe sobre el estado del conocimiento por encargo del gobierno de Quebec.

naturaleza de los fenómenos que estudia la ciencia y de su forma de verificación, fundamentación o legitimación es muy antiguo, como hemos visto con los ejemplos de Galileo, Paracelso o tantos otros. La novedad de esta guerra postmoderna es la irrupción del lenguaje. Los ejes de este conflicto filosófico (Cuadro 2) se pueden resumir como sigue.

- a. Desde un punto de vista ontológico, la principal controversia se centra en torno a las posturas «*realistas*» versus «*constructivistas*». Para los realistas, los hechos del mundo existen independientemente de la existencia del ser humano; para los constructivistas, la realidad es una construcción social hecha a medida del ser humano⁶⁵. La perspectiva realista, ha tendido a concebir un mundo estático mientras que la perspectiva constructivista plantea una realidad dinámica, en permanente proceso de construcción.
- b. A nivel epistemológico, la crisis de la postmodernidad se podría resumir en torno a dos grandes posiciones encontradas: «*positivismo*» versus «*relativismo*». Para el positivismo, es posible establecer criterios claros que permitan enjuiciar la validez del conocimiento científico. El relativismo postmoderno plantea la hipótesis de que todos los conocimientos son igualmente válidos; es la doctrina de la *Equal Validity* o *Validez igual* (Boghossian, 2009).
- c. En el nivel metodológico, y en consecuencia con los planeamientos anteriores, se produce un cuestionamiento del método cuantitativo y experimental de llegar a *la* verdad (sea ello lo que sea). Dado que las verdades son múltiples, los métodos para aprehenderlas (construirlas) también deberán serlo (perspectiva plurimetodológica). Dado que prácticamente todo lo real es «texto», es narración, son juegos de lenguaje, los métodos deberán ser cualitativos, interpretativos, hermenéuticos.
- d. En cuanto a los argumentos de legitimación de la validez de las proposiciones científicas, para los postmodernos ya no sirven ni el progreso, ni la búsqueda de la verdad per se, ni la emancipación de la humanidad. No hay ni argumentos lógicos ni políticos que legitimen plenamente la validez del conocimiento científico.

⁶⁵ De ahí la conocida expresión de que el mundo es según el color de las gafas con que se lo mire.

Salud pública en tiempos postmodernos

e. Por último, en el marco del constructivismo, es donde se produce el denominado «giro lingüístico», con el que el lenguaje cobra una dimensión de especial importancia en los sistemas de conocimiento de la actualidad. Tanta importancia que el constructivismo más extremo llega a declarar que «todo es texto» y que es la dimensión performativa del lenguaje la que crea la realidad al nombrarla («nominalismo»). En síntesis, un nuevo planteamiento de la ciencia que dice que todo lo real es construido y que el único material de construcción es el lenguaje. Sin necesidad de asumir un constructivismo extremo, lo que sí parece estar claro es que el lenguaje es un modo de describir el mundo, pero también de construirlo, de crearlo. Y si bien es cierto que primero fue el orden social y después vinieron las explicaciones (Harris, 2007), no lo es menos que hoy el desarrollo humano ha permitido que se pueda decir, en algunos casos y circunstancias, que a veces primero es el lenguaje y luego la realidad⁶⁶.

Cuadro 2. Conflictos filosóficos en la ciencia postmoderna

| | Paradigma clásico | Paradigma postmoderno |
|--------------------------------------|---|---|
| Ontología | Realismo | Constructivismo |
| Epistemología | Positivismo | Relativismo |
| Metodología | Cuantitativa | Perspectiva plurimetodológica Cualitativa (hermenéutica) |
| Papel del lenguaje | Transparente (relación directa con la realidad) | Giro lingüístico Performatividad (relación <i>mediada</i> entre lenguaje y realidad) |
| Argumentos de legitimación o validez | Existen, son claros y universales | En su versión más extrema, no existen |

⁶⁶ Por ejemplo, los clientes de los servicios sanitarios ¿existían antes de ser nombrados como tales o los crea el propio sistema al definirlos como clientes en lugar de pacientes?

1.1.5. Una nueva forma de pensar

La complejidad de lo real nos incapacita para definir de manera simple, para nombrar de forma clara.

Edgar Morin

Las controversias científicas descritas ponen el dedo en la llaga de un nuevo fenómeno que está ocurriendo en los campos del saber: la ruptura de una antigua *tradición de pensamiento* y la aparición de una nueva forma de pensar. Una de las consecuencias epistemológicas y metodológicas más importantes de la crisis de la ciencia es la ruptura del pensamiento simple o dicotómico y, consecuentemente, la disolución de las grandes categorías (dicotomías) generadas o construidas por este tipo de procedimientos cognoscitivos y explicativos del mundo⁶⁷.

Las clasificaciones dualistas o dicotómicas de la realidad han constituido esquemas de percepción y de acción o «habitus» (Bourdieu, 1989; 1997) a través de los cuales hemos interpretado la vida cotidiana desde hace milenios. Los pitagóricos ya habían recurrido a una visión dualista basada en una serie de contrarios básicos (límite/ilimitado, par/impar...) que enlaza con otras tradiciones de pensamiento (el zoroastrismo, la doctrina del ying y el yang, etc.) y de sentido común (la luna y el sol, la noche y el día, lo interno y lo externo, el bien y el mal, etc.). Aristóteles había fijado – como una de las grandes verdades del mundo – un mapa de sólidas diferenciaciones entre naturaleza orgánica e inorgánica, entre plantas y animales, entre la naturaleza animal y la naturaleza racional-social del ser humano. Y la ciencia moderna, desde Descartes y Newton, también se ha construido sobre una metafísica del orden (la búsqueda de un orden simple en el ser las cosas) y una ontología dualista.

Hoy se ha producido una «ruptura categorial» (Habermas, 2002) que desdibuja los límites de esos mapas. Y algunas de estas categorías desdibujadas atañen a grandes *verdades* de la ciencia, como ocurre con los siguientes pares: objetivo-subjetivo, natural-construido, biología-cultura, naturaleza-sociedad, público-privado, racional-

⁶⁷ Y, en estrecha relación con la ruptura de estos dualismos en el campo científico, se produce una crisis de las categorías que daban sentido al ser y al mundo de la vida cotidiana.

Salud pública en tiempos postmodernos

irracional, ciencia-creencia, ciencia-moralidad, cuantitativo-cualitativo, consciente-inconsciente, interesado-desinteresado, individuo-sociedad, causa-efecto... Todas ellas son expresión de una epistemología reduccionista que está siendo sustituida. Ya que, con independencia de la utilidad práctica para la vida cotidiana y para la ciencia que hayan podido tener en el pasado estas categorías, lo cierto es que desde un punto de vista científico son herramientas conceptuales y metodológicas pobres (especialmente en la era postmoderna, en la que nada es lo que parece ser). Norbert Elias lo expresa así: «La descomposición de unos fenómenos sociales que, de hecho solo pueden considerarse como algo en perpetuo flujo, valiéndose para ello de parejas de conceptos que limitan el análisis a dos situaciones opuestas, implica un empobrecimiento innecesario de la percepción sociológica, tanto para el trabajo teórico como para el empírico» (Elias, 1987).

Si hemos comprobado que es posible ser a la vez onda y partícula, materia y energía; e incluso estamos viendo cómo invierno y verano se diluyen como consecuencia del cambio climático, es decir, si sabemos que lo real, lejos de presentar cualidades discretas (dicotómicas) es continuo y complejo (como el espacio y el tiempo), ¿cómo extrañarnos de que no exista una división clara entre proletarios y burgueses, legos y profanos, verdad y mentira, ciencia y arte o entre salud y enfermedad? Estas dicotomías tradicionales han entrado en crisis en la postmodernidad; ya no tienen el valor heurístico que han tenido hasta ahora. Estar dentro del país, de la ciudad, de la étnica, de la familia... o estar fuera de ellas, ser hombre o mujer, de izquierdas o de derechas, joven o viejo, epidemiólogo o salubrista, objetivo o subjetivo... es algo que se ha relativizado y que se difumina en un amplio espectro cromático y semántico. Habrá que superarlas. La sociedad informacional requiere y produce clasificaciones del mundo más flexibles e interconectadas que las que permite el «pensamiento por oposiciones». Comprender la realidad actual requiere un «pensamiento complejo que permita una interpretación transcategorica y transdisciplinar de lo real» (Morin, 2008). La experiencia humana es multifacética y socialmente construida⁶⁸, por lo que reclama un modo complejo de pensarla.

El pensamiento dicotómico ha introducido, en el discurso científico, sin examen previo, un sin fin de nociones etéreas sin más existencia que la voluntad de sus

68 «La vida no es una sustancia, sino un fenómeno de auto-eco-organización extraordinariamente complejo que produce la autonomía» (Morin, 2008, p. 33).

enunciadores; el pensamiento dicotómico las crea y luego, cosificándolas, les da vida. Un auténtico doctor Frankenstein. Por eso es tan necesaria hoy una filosofía relacional de la ciencia (Bourdieu, 1989; 1997) que otorgue primacía a las relaciones, hasta ahora poco incorporada en ciencias sociales y en salud pública, que se han ocupado más de «realidades» sustantivas (individuos, grupos, naciones, etc.) que de relaciones objetivas.

1.1.6. La crisis de las instituciones y los saberes expertos

La maldición de Nietzsche *–el ocaso de los ídolos–* parece estar cumpliéndose. Los saberes expertos, una vez perdida su condición de *metarrelatos*, se relativizan y se convierten en relatos *concretos*, que deben probar a cada instante la verdad de sus proposiciones. A ello contribuyen varios factores. La velocidad de generación y acumulación de conocimientos en todas las ciencias que permiten las nuevas tecnologías es uno de ellos. Se produce tanto y a tanta velocidad que resulta difícil ser un «experto actualizado». Otro tiene que ver con la complejidad de los objetos de estudio en las sociedades actuales; por ejemplo, en contextos en los cuales es más importante la gestión de las alarmas sanitarias *mediáticas* que de las alertas epidemiológicas *reales*, los saberes tradicionales flaquean porque se ven obligados a responder a nuevas situaciones de formas que no conocen ni controlan. O, al menos, no más que los no-expertos. A ello hay que añadir la propia dinámica interna de los campos científicos implicados, especialmente porque la lógica de la hiperespecialización de los saberes, presente en todos ellos, multiplica casi *ad infinitum* las posibles fuentes del saber. A más expertos, más saberes. Hoy día multitud de expertos e instituciones producen multitud de saberes⁶⁹ que implican con bastante frecuencia verdades contradictorias que compiten y se desacreditan entre ellas. De ahí la pérdida de credibilidad de las grandes instituciones tradicionales, que no afecta solo a los ejércitos, las iglesias o las instituciones políticas sino que ha calado en otras instituciones hasta ahora relativamente a salvo del descrédito: las universidades, las revistas científicas, o la OMS, por ejemplo, que tiene en estos momentos un importante déficit de credibilidad.

69 Incluidas las multinacionales como Google que suministra abundante información científica o los satélites privados de comunicaciones, laboratorios, biobancos, etc.

Salud pública en tiempos postmodernos

Pero además, los propios científicos postmodernos han contribuido a la crisis al fomentar el relativismo de las verdades científicas. Unas veces con efectos emancipadores al desvelar o desenmascarar los condicionamientos sociales de toda producción científica y sus implicaciones políticas (Harding, 1996; Butler, 2008)⁷⁰. Otras veces, el sueño relativista ha producido monstruos equiparando la validez de las proposiciones científicas de la medicina, la arqueología, la antropología, la sociología o incluso las propias ciencias físico-naturales con «otras formas de saber» pretendidamente *igual* de válidas. Un ejemplo elocuente, citado por Boghossian, lo constituye una sonada polémica acerca de los conflictos entre las interpretaciones científicas de la arqueología y los mitos creacionistas indígenas para explicar la llegada de los seres humanos a América. Según la arqueología, entraron desde Asia, por el estrecho de Bering. El relato nativo, en cambio, afirma que los primeros norteamericanos surgieron de las profundidades de la tierra. Así lo expresaba un funcionario de los sioux del Río Cheyenne:

«Sabemos de dónde venimos. Somos los descendientes del pueblo búfalo. Éste emergió de las entrañas de la tierra después de que espíritus sobrenaturales prepararan este mundo para que la humanidad habitara en él. Si las gentes no indias se empeñan en creer que evolucionaron de un mono, allá ellas. Pero aún no me he encontrado con cinco lakotas que crean en la ciencia y en la evolución.» (Boghossian, 2009, p. 16).

Darwin tardó un cuarto de siglo en publicar *El origen de las especies*, por miedo. Sabía que su descubrimiento científico desafiaba al paradigma hegemónico. Pero frente al absolutismo paradigmático del siglo XIX, al relativismo paradigmático del siglo XXI se le ha ido la mano con el «todo vale». Hemos pasado de la rigidez inquisitorial a la laxitud nihilista. Se ha producido un movimiento pendular brusco, probablemente poco reflexivo y, desde luego, poco útil. Incluso aunque no hubiese sido a través del estrecho de Bering, sino que lo hubiesen hecho por el Pacífico, el Atlántico o la Antártida, desde luego, de algo podemos estar seguros: no surgieron de las entrañas de la tierra. Una cosa son bonitas metáforas sobre el orden del cosmos y el origen de la vida en la Tierra y otra cosa distinta, es un diagnóstico certero de la evolución de la especie humana basado en pruebas arqueológicas. No todo vale. Sin embargo, los lakotas recibieron el apoyo de muchos antropólogos y arqueólogos que, atrapados entre su *habitus* científico y su *aprecio* por

⁷⁰ Así ha hecho, por ejemplo, el feminismo postmoderno.

la cultura autóctona, optaron por situar a los mitos indígenas en el mismo nivel que las interpretaciones de la arqueología⁷¹. Detrás de esto, también hay una pose *polite*: huir de la temida acusación de «imperialismo científico» con la que muchos y muchas savonarolas relativistas amenazan al conocimiento científico. La diplomacia políticamente correcta ha llevado a muchos científicos modernos a aceptar complacientes una venda en los ojos, un burka ontológico y epistemológico. El resultado, no obstante, es que hoy estas pretensiones de legitimidad de los diversos etnosaberes tienen efectos prácticos en la *negociación* actual de la «verdad». Y la competencia entre saberes profesionales y profanos se agudiza como consecuencia de la creciente incertidumbre. Si quien oficialmente sabe no está seguro cien por cien, ¿por qué no podrían tener legitimidad otras voces? Con ello, la legitimidad para la toma de decisiones se independiza de la «autoridad del saber», es decir, para decidir no solo basta con saber.

Paralelamente al debate de corte filosófico acerca de la validez del conocimiento científico, la sociología de la ciencia, empezando por las aportaciones del propio Kuhn, ha contribuido a entender ésta como un sistema sociocultural más, es decir, a considerarla en sus dimensiones políticas, sociales, económicas y culturales. Lo cual ha servido para desenmascarar los condicionamientos extra científicos de la actividad científica (Adorno y Horkheimer, 1986). Uno de ellos lo constituye su estrecha vinculación con el mercado, con la producción económica de una sociedad. Otro, la política.

La acumulación de conocimientos «válidamente contradictorios» implica abrir más las puertas a la política en el terreno de la ciencia. Si no hay un único modo válido de proceder, si distintos caminos pueden llevar a resultados similares e igualmente útiles, entonces se abre otra vía a las incertidumbres y por tanto a la elección entre opciones posibles. Un caso muy claro es la práctica médica que ha integrado con cierta normalidad una segunda opinión diagnóstica o que ofrece al paciente un amplio abanico de opciones terapéuticas. La validez del conocimiento científico requiere de decisiones, de elecciones. La decisión final en gran parte de las intervenciones públicas no viene determinada por la precisión y fiabilidad de los resultados de la investigación científica, sino que dependerá de factores externos a la ciencia: es también una decisión política.

71 «[Las concepciones *zuñi* o *lakota*] son tan válidas como el punto de vista de la arqueología acerca del conocimiento de la prehistoria», declaró el arqueólogo británico Roger Anyon (Boghossian, 2009).

Salud pública en tiempos postmodernos

Parte del descrédito social de la ciencia, incluyendo la biomedicina y la salud pública, se debe a la siempre presente sospecha por parte de la sociedad de la estrecha vinculación entre el conocimiento científico y los intereses económicos, incrementada hoy por la invasión de los mercados en los ámbitos tradicionalmente institucionales. Las grandes fundaciones internacionales, los grandes bancos y la industria farmacéutica son los que marcan los temas y enfoques en los proyectos de investigación. En el campo de la salud pública, por ejemplo, el cuestionado papel de la OMS en el caso de la gripe aviar, o en la gestión de otras «falsas alarmas» ante las sucesivas crisis de salud pública de la primera década del siglo XXI ha introducido la sospecha como modo de relación con las instituciones públicas. Y, dado que el pasado está plagado de mentiras científicas (di Trochio, 2002) que demuestran lo atravesada que está la ciencia por intereses sociales, económicos o personales y lo frecuentes que han sido las trampas y los atajos extracientíficos para alcanzar *verdades científicas*, razones no faltan para la sospecha⁷².

La *pandemia* de la gripe A de 2009, por ejemplo, ha puesto de manifiesto cómo la teoría de la conspiración (el virus es creado por la industria farmacéutica para vender más) está presente en todos los discursos sociales (ya pasó con el VIH, la gripe aviar o el ántrax). En enero de 2010, el Consejo de Europa pide a la OMS una investigación sobre si exageró su información con la gripe A para ayudar a las farmacéuticas. (¡El «conspiranoico» en este caso es nada menos que el Consejo de Europa!). La OMS responde que lo estudiará, con expertos independientes, cuando acabe la pandemia. En agosto de 2010 la prensa publica las conexiones de algunos miembros de la OMS con la industria farmacéutica. ¿Dónde queda aquí el concepto de credibilidad de las instituciones? Aristóteles narra una graciosa anécdota acerca de la credibilidad de los poetas. Dice de Simónides que cuando el vencedor de una carrera de mulas le ofrecía honorarios escasos, no quería com-

72. Valga el mejor de los ejemplos. La mentira científica más grande de todos los tiempos fue decir que la Tierra era el centro del Universo. Sin embargo, a Ptolomeo hoy se le acusa de algo peor que haberse inventado esto. Se le acusa de vulgar plagio. El catalogo de estrellas fijas que publicó en su *Almagesto* no las había observado él, sino que copió las observaciones que doscientos años antes había hecho Hiparco de Nicea en la Isla de Rodas. Ptolomeo trabajó en Alejandría; la isla de Rodas se encuentra a cinco grados latitud norte de Alejandría, lo que –como sabemos hoy– quiere decir que desde Alejandría se puede observar un franja de cielo cinco grados más amplia de la que puede verse en Rodas, y por tanto, pueden observarse estrellas que desde Rodas no son visibles. Sin embargo, ninguna de las 1.025 estrellas que aparecen en el *Almagesto* se encuentran entre aquellas que solo serían visibles desde Alejandría (di Trochio, 2002). Es decir, Ptolomeo vio todas y solo aquellas estrellas que vio Hiparco.

ponerle un poema porque no le agradaba hacer versos en honor de mulas, pero cuando le ofreció honorarios suficientes, escribió: «*Salve, hijas de corceles de pies de torbellino*» (Aristóteles, 2001, p. 247). Ocurre igual hoy con la ciencia (o la política); no tienen crédito, por más que apelen a bellas metáforas o «grandes argumentos» (metarrelatos) éticos o científicos. La ciudadanía, al igual que el auriga, conoce la maleable relación entre las mulas y los poetas. Y la historia es tan irreverente que, a la larga, le saca los colores a Ptolomeo.

1.1.7. La creciente incertidumbre en todos los campos del saber

En el estado actual del conocimiento científico prima la lógica de las *incertidumbres fabricadas* (Giddens, 2008; Beck, 2002; 2006) como un fenómeno inevitable y además creciente. Un mayor conocimiento no asegura mejores predicciones como han puesto de manifiesto el principio de Heisenberg y las distintas teorías de la complejidad. La modificación genética de la vida o los alimentos genéticamente modificados (Beck, 2002, p. 166) constituye un caso paradigmático: es prácticamente imposible reproducir en un laboratorio el complejo haz de interacciones potenciales entre los organismos genéticamente manipulados y el medio ambiente físico y social. Ningún modelo conceptual o estadístico, ninguna simulación por ordenador, puede *acercarnos a la verdad* en este tema. No es posible conocer, al menos del todo, las posibles evoluciones. Ni es fácil prever su impacto ni está claro a quién creer entre la miríada de voces expertas que argumenta ora a favor ora en contra.

En un todo global de reacciones instantáneas y encadenadas no es fácil predecir (véanse las dificultades para predecir la actual crisis económica). Y esta incertidumbre «estructural» es aplicable a todos los campos del saber y a ámbitos muy relevantes de los mismos puesto que la convergencia NBIC generada por la revolución tecnológica y la altísima incertidumbre que lleva implícita les afecta a todos, aumentando los márgenes de error y la pérdida de seguridad. La revolución tecnológica ha hecho que los sistemas de información y conocimiento sean cada vez más globales e inmediatos, lo cual contribuye a reducir los márgenes de incertidumbre. Pero, paradójicamente, el material que hemos producido es tanto que no deja de expandir dichos márgenes. Y con tanta complejidad las seguridades merman y los riesgos aumentan. Ningún científico se atreve a hacer previsiones de posibles escenarios de

Salud pública en tiempos postmodernos

un virus gripe A mutado con otros virus u otras cepas del primero, ni la efectividad de las vacunas puede ser demostrada adecuadamente por la rapidez que impone la situación. Hay que asumir márgenes de error muy amplios, lo que a su vez tiene consecuencias negativas en la credibilidad de los discursos profesionales.

Una paradoja irresoluble del estado del conocimiento en la actualidad es que a medida que aumenta el razonamiento y se hace más abstracto, disminuye su capacidad para probar los hechos (Russel, 1981). En otras palabras, sabemos cada vez más, pero, a la vez, podemos probarlo cada vez menos porque cada día el conocimiento es más abstracto, son verdades lógico-matemáticas (por ejemplo, la antimateria) o bien porque no disponemos de laboratorios en los que replicar nuestros descubrimientos⁷³.

1.2. LA CRISIS CIENTÍFICA DE LA SALUD PÚBLICA

Ya hemos dicho que la salud pública también es ciencia. Por tanto, las grandes transformaciones ontológicas, epistemológicas y metodológicas (la crisis paradigmática) que afrontan las ciencias están también presentes en el campo de la salud pública. E igualmente, las instituciones de la salud pública se han visto afectadas por el descrédito al que se ven sometidas todas las instituciones contemporáneas. Pero no hay que olvidar que se trata de un descrédito paradójico, dado que aunque decaiga la relevancia social de las instituciones «sanitarias», la fuerza legitimadora de los «saberes clínicos» (en sentido amplio) no deja de aumentar. Lo clínico, lo médico o lo sanitario se utilizan hoy para justificar y legitimar infinidad de asuntos («clínicamente testado» anuncia hoy cualquier reclamo publicitario).

En salud pública como en los demás campos del saber se han ido intensificando tres tendencias durante la mayor parte del siglo XX: el empirismo abstracto, el giro individualista (y su desdén hacia lo ambiental-poblacional) y el giro experimental del laboratorio. La salud pública se había plegado hasta ahora al paradigma domi-

73 Uno de los problemas para confirmar que los neutrinos viajan a mayor velocidad que los fotones será encontrar un «laboratorio» en el planeta que reúna condiciones similares al trayecto entre Suiza e Italia en el que el CERN ha llevado a cabo su experimento.

nante (positivismo o neopositivismo) y esto no fue nunca una buena respuesta. De hecho, lo que ha generado y sigue generando ha sido una larga letanía de lamentos entre el salubrismo («¿lo estaremos haciendo bien?»), acompañada de agotadores esfuerzos por asegurar que las decisiones que se toman están bien fundamentadas.

1.2.1. El empirismo abstracto

La salud pública, ya desde sus orígenes modernos, fue atraída por el canto de las sirenas de ese refinado arte de la cuantificación que es la estadística como base matemática de la epidemiología. Ambas posibilitaron la construcción de un discurso científico que permitió *conocer* mejor la distribución social de las enfermedades, profundizar y/o descubrir las causas y remedios de una gran parte de ellas, así como identificar los principales comportamientos, variables, indicadores y –con posterioridad– valores y discursos relacionados con la salud de las poblaciones; todos ellos descritos como estilos de vida determinantes de la salud. Pero la estadística y la epidemiología permitieron, además, *intervenir* en esos problemas de salud, por lo que se convirtieron en instrumentos para la *reforma social*. Fueron los higienistas franceses del XIX quienes introdujeron la estadística (fundamentalmente, tasas de mortalidad) como método de estudio para valorar la relación entre las «condiciones sociales de existencia» y los estados de salud comunitarios y, después, sobre la constatada hipótesis de la desigual distribución de la enfermedad y la muerte, legitimar los ideales políticos de la reforma; es lo que llamaron la «estadística moral» (Rodríguez-Ocaña, 1992). Por ejemplo, figuras clave como Villermé, impulsor de la cuantificación⁷⁴, tuvieron la *genialidad* (para la época) de introducir el nivel de renta como variable explicativa de las desigualdades en salud y mortalidad. Villermé lo aplicó al estudio de la epidemia de cólera de 1832; y lo corroboró: los pobres morían más (Rodríguez-Ocaña, 1992). Con el tiempo, todos los estados industriales crearon registros civiles y de estadística demográfico-sanitaria entendida como un instrumento para la reforma social⁷⁵.

74 A la vez que de la visión «sociológica» de los problemas de salud.

75 Hoy, la estadística, en buena parte, es más una foto retocada para mostrar la estabilidad de un orden social que un instrumento de reforma; hoy se estruja al mundo real para que quepa dentro de la curva normal, de ahí el popular dicho de que toda estadística convenientemente torturada acaba confesando.

Salud pública en tiempos postmodernos

Sin embargo, esta «medida de la realidad» también tuvo sus excesos. La reducción a números de todo lo real y su matematización mediante nociones abstractas (Silva, 1997) generó una mentalidad que fue muy útil para controlar la realidad. Pero también degeneró en un fetichismo del número por el número, aplicado sin sentido a cosas que son difíciles de aprehender por esa vía, forzando la realidad social para tratar de encerrarla en ecuaciones matemáticas. El éxtasis de la cuantificación devoró cualquier narrativa alternativa al discurso numérico y generó una acumulación sin sentido de datos estadísticos de todo y para todo, la mayor parte de las veces sin un sustento teórico lógicamente razonable que le dé sentido a los datos, pretendiendo la ingenuidad de que los datos «hablen por sí mismos» (la fe positivista). A esto, C. Wright Mills lo llamó «empirismo abstracto»: sin guía teórica, sin sentido (Mills, 1993). Y este ha sido uno de los grandes problemas de las ciencias sociales y de la salud pública: un recargado barroquismo estadístico que ha pretendido confundir la ciencia y la vida con los números, o mejor dicho, con series numéricas correctamente ordenadas en tablas y gráficos pero poco *interrogadas* acerca de sus significados. Sin embargo, la vida y la ciencia no funcionan *exactamente* así, como sabemos. Los datos deben ser interrogados desde unos determinados marcos teóricos que permitan construir coherencias teórico-empíricas (buenos análisis) a la vez que detectar inconsistencias que pudieran poner en cuestión las explicaciones que el conocimiento científico acaba construyendo.

De hecho, la teoría está siempre inevitablemente presente en toda actividad científica. Aunque a veces, en numerosos artículos científicos, se esconde, por ejemplo, tras las cortinas del verbo «sugieren», con el que habitualmente lo intuitivo, la conjetura, se cuela en la asepsia de las determinaciones estadísticas. Cuando las «asociaciones» no están claras o son de escasa magnitud, los resultados «sugieren». Ya no «muestran» o «demuestran». Simplemente sugieren. Llama la atención, tras renegar de la teoría, la *apertura mental* de tantos de estos científicos *serios* aceptando relacionar sus causas y sus efectos mediante algoritmos «intuitivos». Dado que nuestras muestras, métodos de recogida o análisis de datos, test estadísticos... no han permitido «verificar», aceptemos los códigos del mundo de los *susurros*, del *sotto-voce*, la sutil sugerencia. Y es aún más significativo que, en bastantes casos, el hecho de que los resultados científicos no puedan relacionarse más que a través de la *sugerencia* se describa correctamente en el correspondiente aparatado de *Resultados* de las publicaciones científicas. Pero una vez ahí, cierta laxitud del rigor científico y el «pensamiento deseado» hacen lo demás: se olvidan de la endeble relación detectada y en *Discusión* y *Conclusiones* trabajan

el dato «como si no fuese simplemente sugerido» sino estadísticamente verificado. ¿No estábamos jugando a que los resultados son estadísticamente significativos o no lo son? ¿Qué quiere decir «sugerir»? ¿Qué test nos permite llegar a tal resultado? Evidentemente: las inferencias basadas en la teoría, precisamente, la gran negada por el empirismo abstracto de la ciencia aséptica y objetiva.

Al fin y al cabo, la *ciencia sin teoría* es una ingenua mentira. Siempre hay un magma teórico de fondo tras cualquier dato empírico. Aunque sea a un nivel bruto, burdo, poco elaborado formalmente. Que no haya finura en la construcción (que además el positivismo casi siempre trata de esconder, ¡cómo iba a ser fina!) no quiere decir que detrás de esos datos no haya unos supuestos paradigmáticos fundamentales. Eso no es posible. Todo dato es construido, y en la construcción entra la teoría, que es como la argamasa que da estructura a los datos. Cosa distinta es que ocultar dicha argamasa sea parte del éxito de este tipo de enunciados científicos⁷⁶.

1.2.2. El desenfoque del individualismo

Tradicionalmente todo el corpus teórico-práctico de la salud pública había asumido, teóricamente, un enfoque «ambientalista y poblacional», independientemente de que el énfasis en la salud de los individuos *versus* salud de las poblaciones haya sido variable según los contextos (países, escuelas, paradigmas) y los distintos tiempos. La higiene pública, la «salud pública de laboratorio», la medicina social, la epidemiología basada en factores de riesgo individual o la epidemiología social, la epidemiología genética o los aportes de las ciencias sociales suponen hitos importantes en este sentido. Estos constantes vaivenes semánticos en la historia de la salud pública institucionalizada entre las perspectivas individualista y poblacional muestran un proceso no lineal y de contradictorios avances.

76 Un debate frecuente entre epidemiólogos (y otros científicos) suele ser la discusión acerca de si en los protocolos de investigaciones meramente descriptivas (transversales) se deben o no plantear hipótesis. Estas discusiones bizantinas reflejan, una vez más, el esfuerzo que la ciencia normal hace para negar al sujeto investigador, a la teoría. Una hipótesis no es más que una respuesta probable a la pregunta que nos hayamos planteado. El hecho de haber formulado una pregunta implica siempre un posible conjunto de respuestas probables, aunque se basen en meras intuiciones. Y aunque no pretendan establecer atribuciones causales. Estas intuiciones hipotéticas son de hecho las que guían los diseños, la recogida de datos, su análisis y discusión.

Salud pública en tiempos postmodernos

No obstante, de facto, ha tendido a prevalecer un enfoque individualista que convirtió el enfoque poblacional en mero *aggiornamento*, por más que el salubrismo no haya cesado de producir narrativas colectivistas. Si las ciencias sociales dieron un giro hacia el lenguaje, la epidemiología y demás ciencias de la salud giraron hacia el individuo. Esto quiere decir que se asumió como supuesto filosófico fundamental un individualismo epistemológico y metodológico que convierte al individuo en fundamento y medida de toda la vida social. Y, por tanto, en la principal unidad de análisis (¿cómo se comportaría un idealizado paciente, elector o ciudadano medio, entendido como si ese individuo fuese una unidad autónoma, *independiente* del contexto?). El individualismo está en la base de gran parte de los diseños de investigación-intervención en salud pública. De la misma forma que la mayor parte del trabajo diagnóstico y terapéutico de la medicina científica occidental están centradas en un cuerpo individualizado que se fragmenta y reparte entre distintas miradas especialistas. Con el giro de la epidemiología de los factores de riesgo (Hernández-Aguado et al., 2006) podríamos decir que la salud pública quedó embarrancada en el individuo (hasta su rescate por parte de la «epidemiología social»).

Sin embargo, el individualismo epistemológico y metodológico implícito en el modelo de los factores de riesgo es epistemológicamente incoherente con la definición de salud pública, resulta inadecuado para entender una realidad eminentemente poblacional, social. «Individuo» y «sociedad» no se remiten a dos objetos con existencia separada, sino a aspectos distintos, pero inseparables, de los mismos seres humanos (Elias, 1987). Hablar de higiene «pública», de ciencias «sociales» o de epidemiología (demos=pueblo) supone asumir la consideración de las enfermedades como «fenómenos sociales», es decir, que el hecho de enfermar está determinado, en última instancia, por las condiciones del medio ambiente físico y social en el que se producen, se les da sentido y se tratan las enfermedades. Fusionando los argumentos de Marx y Weber, podríamos decir que son las «condiciones materiales y *espirituales* –simbólicas– de existencia» las que determinan el hecho y el significado (la conciencia) de enfermar. Y esto es válido tanto para el análisis de la enfermedad a nivel individual como a nivel colectivo (Arrizabalaga, 2000). El sobradamente conocido aserto de que «el bacilo de Koch no es la tuberculosis», con su clara distinción entre causa necesaria y suficiente, es muy ilustrativo a este respecto, al dejar claro que incluso la acción patógena de «agentes biológicos autónomos» estaría, en última instancia, condicionada por cuestiones sociales como el hacinamiento, el nivel educativo, la falta de higiene, etc. (solo

un 10-12% de los portadores del bacilo enferman). Incluso allí donde la biología del individuo parecería tener la última palabra como ocurre con determinados tipos de cáncer, con algunas enfermedades degenerativas, genéticas o mentales, existe numerosa evidencia científica (Krieger, 2001; Cervilla et al. 2007) que pone de manifiesto cómo son las condiciones del contexto las que modulan o median –cuando no anulan– estos supuestos «determinantes» duros, inmutables, naturales, inalterables de la salud.

1.2.3. Las insuficiencias de la «salud pública de laboratorio»

El verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio.

Claude Bernard

El paradigma de la investigación experimental de laboratorio ha constituido la matriz de todo el desarrollo científico moderno (Conde, 2002) desde finales del siglo XIX. En esas fechas la biomedicina se desprendía de las estrategias observacionales (observación clínica y anatomopatológica) y se había entregado plenamente en manos de la asepsia del laboratorio. Lo mismo ocurrió con la *higiene pública* que, hasta el último tercio del siglo XIX, también había basado su labor diagnóstica en una «metodología observacional» a través de técnicas cuantitativas y cualitativas (la indagación personal y la observación de los propios higienistas). En cierto sentido, la estadística supuso la culminación de una larga tradición observacional a la vez que dio paso al «giro experimental» del laboratorio. Y este paradigma se extendió como modelo estándar de cualquier tipo de investigación científica, salud pública incluida, dando lugar a una especie de «*biologismo* experimental».

Sin embargo, tanto por las viejas cuentas pendientes que arrastra el modelo desde sus orígenes (siempre tuvo sus límites) como por los desafíos a los que se enfrenta toda actividad científica postmoderna, cada vez resultan más visibles e incómodas sus insuficiencias, poco adecuados sus diseños y poco útiles sus resultados. Ya resulta insuficiente incluso en el marco de muchas investigaciones físico-naturales y biomédicas⁷⁷, mucho más para la investigación en salud pública que opera en un

⁷⁷ Que presente insuficiencias no quiere decir que no pueda ser un modo válido y útil para la investigación biomédica.

Salud pública en tiempos postmodernos

sistema social complejo y en el que, por tanto, la mayor parte de los supuestos del modelo de laboratorio plantean problemas. Los criterios para enjuiciar la validez y fiabilidad de la investigación experimental no se pueden «traducir» directamente, tal cual, del campo de la física o la biología al de la salud pública o las ciencias sociales. Por lo que, en resumen, su validez científica y su legitimación ético-política son cuestionables. Concretamente, en el campo de la salud pública, el modelo experimental se muestra insuficiente al menos por dos grandes razones:

- 1.** La complejidad de los objetos de investigación en la actualidad (se trate de opiniones y actitudes de los seres humanos, de estados de salud, de valoración de riesgos o de evaluación de campañas sanitarias) no se adecua bien a la perspectiva experimental que, por más multivariante que sea, no está a la altura de dicha complejidad. Esto representa un importante déficit epistemológico y metodológico. Ni caben tantas variables en las probetas ni es posible controlar los miles de interacciones potenciales entre ellas. Y, lo que es más importante, la «cualidad» de dichas interacciones es tan fundamental como difícilmente mensurable. En ciencia ni se pueden analizar todas las causas ni predecir todos los efectos. En salud pública, que además de ciencia es arte, aún menos. La ficción de un mundo homogéneo, estable y controlado es simplemente un supuesto metafísico necesario para legitimar una opción teórico-metodológica, un paradigma: el ensayo clínico. Pero constituye, un sesgo ontológico, ya que *todo lo real fluye*.

Port tanto, el modelo de laboratorio adolece, básicamente, de una falta de adecuación epistemológica entre el objeto y los métodos de estudio. El laboratorio no es la mejor forma de estudiar los problemas de salud pública (del mismo modo que una cuchara no es la mejor manera de transportar agua). El paradigma experimental no ha resuelto satisfactoriamente la complejidad de la relación cultura-salud. Los comportamientos y valores de los seres humanos, aunque cupieran, nunca se ajustarán bien a las probetas. Por eso existe un déficit explicativo en los resultados de sus investigaciones.

Dado que los procesos de salud-enfermedad son muy dinámicos y contradictorios, nociones como «uniformidad», «estabilidad», «precisión» o «predicción» resultan difíciles no solo de determinar sino incluso de conceptualizar. Se trata de espejismos metodológicos que muestran realidades que no son tales.

Por ejemplo, pretender que la medida de la «salud percibida», los «estilos de vida», la «eficacia para el autocuidado», etc. en una población o muestra en un tiempo t se deba mantener estable en un tiempo t' («siempre y cuando no hayan cambiado las condiciones objetivas...») es un error porque las condiciones objetivas –en lo que aquí respecta– son, esencialmente, cambiantes y las «condiciones subjetivas» son las realmente importantes. La vida social no se ajusta al concepto de «fiabilidad» tal como éste se define y aplica en las mediciones científicas. Buscar reproducibilidad en algo que es básicamente irreproducible no deja de ser un cierto sinsentido. La «validez interna» también puede estar entredicho. Cuando el «efecto» es tan abstracto y volátil como «salud total» (o conceptos similares), no resulta fácil de circunscribir, aprehender o medir. Y si ya es difícil medir los efectos (salud percibida, *burn out*, calidad de vida, estrés laboral, síndrome de fatiga crónica, etc.) cuánto no lo será medir su relación con unas supuestas causas, que tampoco son fácilmente medibles (¿cómo medir el *bullying*, la contaminación magnética, la eficacia de las campañas de educación para la salud o la propia exposición a riesgos, por ejemplo?). Además, la reflexividad del objeto de investigación e intervención (las poblaciones, reaccionan al hecho de ser investigadas o intervenidas), aunque ignorada por el modelo de laboratorio, está siempre presente, como ruido de fondo, y condiciona los resultados de la investigación⁷⁸. Por tanto, todas estas dificultades generarán incertidumbres y errores en las atribuciones causales. La «validez externa» también está puesta en duda, ya que la construcción de indicadores sociales en el campo de la salud pública (medición de variables abstractas, cuestionarios y otras técnicas), si no se somete a una fuerte discusión teórica, corre el riesgo de reflejar más la visión del mundo de sus autores que la «realidad» que dicen «registrar» dichos indicadores.

Una parte importante de la epistemología del laboratorio se basa en una falacia, la *Cateris paribus*, es decir, el supuesto de que es posible aislar y controlar en un laboratorio las variables clave de una investigación, asumiendo que

78 Si la luz que absorbe un electrón al ser observado modifica su órbita, ¿cómo reaccionará un sujeto o un tándem casos y controles al saberse y sentirse observados por uno o varios investigadores? ¿Cómo reacciona un/a paciente al sentirse observado por un/a médico/a? La mística del «doble ciego» en realidad es muy nominalista. Pretende crear la realidad nombrándola. Hágase la luz y la luz se hizo. Pero, ¿puede, realmente, haber tanta «ceguera» en un experimento social?

Salud pública en tiempos postmodernos

las demás «variables» no controladas permanecerán constantes o «no generarán ruido». Sin embargo, en estudios sociales, esto es mucho asumir, es otro supuesto metafísico. Como pone de manifiesto, paradójicamente, la propia realidad de la investigación de laboratorio, que primero descontextualiza al sujeto, lo aísla de su entorno, pero luego tiene que volver a re-contextualizar a los sujetos de estudio para conocer y comprender el resultado real de sus intervenciones o hipótesis (Calderón, 2002). Los resultados finales solo se pueden obtener una vez que el sujeto (con su intervención terapéutica inoculada, por ejemplo) interactúa de nuevo en un contexto social-cultural dinámico y complejo, fuera de la jaula de hierro del laboratorio que pretende que todas las causas sean controlables y todos los efectos previsibles en un idílico mar de linealidad estadística. Este hecho tiene implicaciones profundas, ya que, indirecta y paradójicamente, supone otorgar al contexto sociocultural un estatus privilegiado como elemento de juicio para valorar la validez y fiabilidad de este tipo de investigaciones. Los juicios finales, el tribunal de la verdad, están, *en última instancia*, fuera del laboratorio.

2. Todo paradigma científico hegemónico conlleva «abusos políticos» o funciones políticas que se disfrazan de ciencia. El laboratorio y sus derivados, los estudios cuasi-experimentales, lo han hecho cuando a partir de meras asociaciones entre variables ha pretendido establecer relaciones causales. O lo ha insinuado. Por ejemplo, entre el Coeficiente de Inteligencia (CI) y la clase social (Harris, 2007), pretendiendo, tras el hallazgo de difusas y endebles asociaciones estadísticas entre ambos, convertir al CI en predictor de desigualdades sociales (como son *tontos*, son pobres).

Y en tanto que «políticos», estos abusos, pueden también ser legítimamente cuestionados desde ese mismo flanco. Política contra política. Ello es lo que ha ocurrido, por ejemplo, con la denuncia desde el feminismo de los sesgos de género en la investigación y la atención sanitaria (Ruiz-Cantero, 2009), cuyo caso paradigmático lo constituye la sistemática exclusión de las mujeres como objeto de estudio de gran parte de los ensayos clínicos. Sin embargo, desde sectores feministas se argumenta que es mucho asumir que lo encontrado para los hombres se pueda extrapolar a las mujeres sin más (Ruiz-Cantero, 1997). Aquí, la clave no está solamente –que también– en que pierdan representatividad al no incluir a una parte

«significativa» del universo potencial⁷⁹; lo peor es la pretensión de convertir a un ser histórico, cultural, una *performance*, al fin y al cabo, en modelo universal de referencia. No solo es que falte «representación de parte», es que se pretende que el varón medio (y generalmente occidental) sea la representación del todo humano. El problema, por tanto, no es técnico; no se trata de un error de muestreo sino de un sesgo ideológico que opera, además, sin control alguno, puesto que ni siquiera suele ser reconocido o identificado. ¿Cómo es que aquí no saltan las alarmas del laboratorio, tan dado como es el *habitus* científico a controlar todos los sesgos? ¿A qué se debe esta laxitud en la aplicación de las normas científicas? Básicamente a que no quieren verlo. Es una opción paradigmática. Sin embargo, después de *saber esto*, quieran o no, su legitimidad, utilidad y validez queda en entredicho y obligará (ya lo está haciendo) a un replanteamiento de los diseños de investigación.



A pesar de esta crisis, la ciencia ha acabado modulando casi por completo las formas de producción y las relaciones sociales a la vez que se ha producido una transferencia del modelo científico de proceder (y de pensar) a toda la sociedad. De hecho, aunque sus grandes verdades están siendo puestas en cuestión, sus procedimientos (sus formas de ver y de hacer) lo invaden todo. Al fin y al cabo, el sistema ptolemaico había sido de utilidad durante casi mil quinientos años, a pesar de carecer de validez científica⁸⁰. Era una mentira útil porque aportaba método. Como se ve, en ciencia, es más importante el *modus operandi* que los resultados. El primero se incrusta en los *habitus*; los segundos son efímeros. Será importante tener esto en cuenta en las intervenciones salubristas. Por ejemplo, aportando método (formas de saber y de hacer) frente a meros contenidos entendidos como informaciones enlatadas con el sello de garantía oficial; de una oficialidad institucional y profesional acriticamente autoacreditada para tal fin.

Hablar de crisis en la ciencia no remite necesariamente a una situación negativa. De hecho, lo que es frecuente es que las crisis científicas acaben finalmente con un

79 Significativa quiere decir nada menos que el 50% de ese universo potencial.

80 Las inconsistencias del paradigma ptolemaico se parcheaban *ad hoc*, especialmente entre los navegantes, que constataban cómo la realidad empírica de la navegación ponía en cuestión la teórica concepción geocéntrica del cosmos.

saldo positivo. Por ejemplo, una mayor riqueza teórica y mejor explicación de los problemas de investigación, métodos más adaptados al objeto de estudio, mayor utilidad de sus resultados o una solución más satisfactoria a las cuestiones éticas implicadas en cualquier proceso de investigación. En suma, una mayor validez científica. Con la postmodernidad se pone en cuestión el valor *verdad* (validez) de las proposiciones científicas. Realmente, lo empiezan poniendo, con anterioridad, la mecánica cuántica y la teoría de la relatividad en el campo de la física y se extiende luego, ampliado, intensificado, al campo de las ciencias sociales, a las de la salud y a casi todos los campos del saber. Pero ¿ha supuesto la postmodernidad realmente el fin de la posibilidad del conocimiento científico? Con bastante probabilidad, no. Aunque sí parece que hemos asistido al fin de la idealización del *gold standard* o patrón oro, a una referencia «última» en la que validar nuestros conocimientos⁸¹. Y también hemos pasado de interrogarnos acerca de si es posible el conocimiento científico, de qué nos sea posible conocer y de qué forma podríamos hacerlo, como grandes interrogantes de la epistemología desde Descartes (Taylor, 1997), a plantearnos ¿qué es el conocimiento? Un cuestionamiento de tipo sociológico: la ciencia se interroga a sí misma acerca de sus propias condiciones de producción. Se trata de un nuevo bucle reflexivo de la postmodernidad, pero no del fin de la ciencia.

2. Los nuevos significados de la salud y la enfermedad

*Serán nombres todo cuanto los mortales convinieron,
creídos de que se trata de verdades.*

Parménides

Una de las transformaciones más importantes de la salud pública postmoderna es de carácter semántico. La materia prima en torno a la que se constituye el campo, los significados de salud y enfermedad y todos sus significados satélite, se están

⁸¹ Nada menos que la velocidad de la luz acaba de perder su estatus de *gold standard*, de verdad incuestionable.

transformando. En síntesis, está cambiando el significado de las cosas y esto tendrá importantes implicaciones teóricas y prácticas, es decir, en las maneras de conceptualizar y abordar los problemas de salud y enfermedad.

2.1. El desfase entre las palabras y las cosas

La aceleración del desarrollo social y cultural ha introducido en el campo de la salud pública algo parecido a lo que Thomas Kuhn describió para los cambios en los campos científicos; nos encontraríamos en uno de esos *periodos revolucionarios* que anticipan un cambio de paradigma y que se caracterizan, entre otras cosas, porque los conceptos tradicionales ya no sirven para dar cuenta de las nuevas realidades. Se produce un desfase entre los fenómenos sociales relacionados con la salud y la enfermedad y los conceptos en uso para dar cuenta de dichos fenómenos. Estamos, por tanto, ante una crisis de significados. Múltiples ejemplos ilustran este desfase. ¿Qué significado y alcance real tiene, en un mundo globalizado, el concepto de enfermedades *endémicas*?; o, ¿qué significa hoy *epidemia*, cuando aún no sabemos si la última ha sido de tamiflú, de mascarillas o de gripe A?; ¿cómo definir el concepto de población «expuesta» a riesgos, cuando hoy todos estamos expuestos a casi todo?; ¿qué significado tienen actualmente los grandes verbos (promoción, protección y prevención) que daban todo su sentido a la salud pública?; ¿qué quiere decir educación para la salud, hoy que la pedagogía ha sido reemplazada por la descarga de contenidos informativos a una unidad de disco?; ¿de qué da cuenta el concepto de dieta mediterránea?, ¿qué es una alimentación saludable, cuando McDonald's dice que sus hamburguesas *Big-Mac* lo son? O, ¿qué significa «salud pública», si la salud es un sin fin de cosas y lo «público» ha perdido su sentido territorial y político tradicional?, ¿a qué público se refiere? La medicina familiar y comunitaria, ¿de qué *familias* y *comunidades* habla? O, por ir directamente al núcleo de la cuestión, ¿de qué dan cuenta los términos «salud» y «enfermedad»?

Estos ejemplos ponen de manifiesto que una cosa es la realidad y otra las palabras que usamos para nombrarla. O, al menos, su relación está muy lejos de ser clara y directa, de la misma manera que no hay relación directa entre el valor de uso de las cosas (la vivienda, por ejemplo) y su precio en el mercado. Pero,

Salud pública en tiempos postmodernos

¿qué está ocurriendo?, ¿se trata de un cambio revolucionario *normal*, según las previsiones de Kuhn, o de una ruptura en sentido foucaultiano entre las palabras y las cosas, ente significado y significante⁸²? Probablemente se trate –de acuerdo a la lógica sintética y disyuntiva postmoderna– de, en distintos grados, ambas cosas a la vez. Siguiendo a Kuhn, se puede, efectivamente, constatar que se está produciendo una transformación en los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de todo el saber teórico y práctico relacionado con la salud y la enfermedad. Es decir, una situación prerrevolucionaria que anticiparía la emergencia de un nuevo paradigma. Sin embargo, lo que está ocurriendo en el estado del conocimiento actual va mucho más allá de una mera transformación de la ontología y de la narrativa a través de la que ésta se expresa. Estaríamos, si Lyotard, Foucault y los demás postmodernos tienen razón, ante una ruptura que afecta a la propia naturaleza de la relación entre las palabras y las cosas. Parafraseando la demoledora hipótesis de Foucault, podríamos decir que las palabras no dan cuenta de ninguna cosa; o, desde luego, no dan cuenta cabal. Con ello, lo que se pone en cuestión es el valor y la capacidad de representación del lenguaje respecto de la realidad de las cosas (¿tienen las palabras realmente un valor representativo de un cierto orden?). Según Foucault, la relación del signo con su contenido no está asegurada dentro del orden de las cosas mismas (Foucault, 2005, p. 70). Es decir, no hay un orden inmanente de las cosas, el orden se configura a partir de a priori históricos, o lo que sería lo mismo, de convenciones sociales (por tanto, cambiantes); no existe la representación directa del lenguaje. En otras palabras, lo que Foucault viene a decir es que el lenguaje no representa nada que no haya creado el propio lenguaje.

No es sorprendente que Foucault, *l'enfant terrible* del pensamiento postmoderno, llegase a esta conclusión. Sí lo es, en cambio, que planteamientos similares se deriven también de buena parte de la filosofía de la ciencia contemporánea (Latour, 1995).

82 Michel Foucault, en *Las palabras y las cosas* (2005), plantea que «el lenguaje, cuando fue dado por Dios a los hombres, era un signo absolutamente cierto y transparente de las cosas (tal como la fuerza está escrita sobre el cuerpo del león, por la forma de la similitud (p.44). [...] Esta transparencia quedó destruida en Babel. [A partir de ahí], las cosas y las palabras se separan [...]. En el siglo XIX se desvanece el lenguaje en cuanto tabla espontánea y cuadrícula primera de las cosas, como enlace indispensable entre la representación y los seres (p.8) [...] una historicidad profunda penetra en el corazón de las cosas [...] el lenguaje pierde su privilegio y se convierte a su vez en una figura de la historia. [En definitiva], el modo de ser de las cosas y el orden que, al repartirlas, se ofrece al saber se ha alterado profundamente» desde entonces .

Bertrand Russell llegó a afirmar que «quizá ni siquiera podamos estar seguros que las notas musicales representen algo más que a sí mismas. [...], pero esto es una duda que el físico, en su capacidad profesional, no puede permitirse» (Russell, 1981, p. 183). La teoría de la relatividad, la mecánica cuántica y la filosofía postmoderna colapsaron muchos conceptos (las nociones de tiempo, causa, efecto, evolución, verdad, salud, etc.), aunque sigan siendo difíciles de sustituir en la práctica científica real. Es decir, desde las ciencias *hard* también se pone en duda la capacidad de representación de lo real que tiene el lenguaje. Además, en todos los campos científicos, el elevado nivel de abstracción al que ha tenido que llegar el lenguaje para poder expresar lo real (lo real empírico o lo real teórico, como la materia y la energía oscura, por ejemplo) complica aún más las relaciones entre realidad y lenguaje. Y en esta situación desencajada vivimos. Usando conceptos que creemos que son útiles aunque no estamos seguros de que sean válidos.

En un escenario foucaultiano, esta crisis sería de tal calado que no se solucionaría con nueva ontología y nuevos conceptos. La mera sustitución de un paradigma por otro no vale puesto que ninguno tendrá capacidad representativa o explicativa de lo real. Estaríamos así en uno de los callejones sin salida del pensamiento postmoderno y cuya superación tendrá que venir de parte del pensamiento complejo, ya que soluciones como la que plantea Russell tampoco son plenamente satisfactorias. Ese «no puede permitirse» supone introducir supuestos metafísicos en el campo de la ciencia (¡de la física!) al considerar la capacidad de representación del lenguaje no como un postulado científico verificable (falsable) sino casi como dogma de fe, una verdad sagrada que es necesario creer (*I want to believe*, como el agente *Mudler* en los *Expedientes X*). Un a priori.

En cualquier caso, se trate de un cambio revolucionario *normal* (un lenguaje sustituye a otro) o de una revolución *revolucionaria* (el lenguaje, en todo caso, no se representa más que a sí mismo), independientemente de cómo interpretemos la situación, los numerosos conflictos semánticos actuales por la definición de las cosas, sea la enfermedad, el matrimonio, la Constitución, la nación, la promoción de la salud o el cambio climático constatan que la construcción signo-significado (la inequívoca relación directa entre ambos) presenta grietas; el significado de dichas cosas no viene, desde luego, intrínsecamente dado en ellas sino que es una construcción lingüística histórica. Y además, como ya planteó el constructivismo, cuenta con

un extraordinario poder performativo. Más que representar o designar –o además de ello–, el lenguaje prescribe el mundo, lo crea en el proceso de enunciación⁸³. Y esta dimensión performativa del lenguaje, se intensifica en una postmodernidad que incesantemente genera *nada* a partir de la *nada*. El *giro lingüístico* nos ha dejado embarrados entre palabras y, en consecuencia, el lenguaje es todo menos transparente. Y, saber esto, cambia muchas cosas.

2.2. El enfoque multidimensional de la salud: un movimiento de placas tectónicas

Milord –respondió el ministro– adquiriré el inmueble y el fantasma, bajo inventario. El fantasma existe, me lo temo, dijo Lord Canterville, sonriendo. Hace más de tres siglos que se le conoce [...] y no deja de mostrarse nunca cuando está a punto de ocurrir alguna defunción en la familia. ¡Bah! Los médicos de familia hacen los mismo, Lord Canterville. Amigo mío, un fantasma no puede existir, y no creo que las leyes de la Naturaleza admitan excepciones a favor de la aristocracia inglesa.

El fantasma de Canterville, Oscar Wilde

Por si fueran pocas las complicaciones derivadas de no estar seguros de que las palabras que usamos sean etiquetas representativas de realidades con existencia independiente de nosotros, la postmodernidad está introduciendo una transformación importante en la conceptualización de la salud en tanto que fenómeno multidimensional que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El enfoque introducido por la OMS a mediados del siglo XX está en la actualidad sujeto a una tensión múltiple que tiende a resquebrajar, si no a romper, las relaciones jerárquicas

83 En este conocimiento, en la seguridad de la dimensión performativa del lenguaje, estuvo basada la estrategia del gobierno del Partido Popular en 2004 ante los atentados del 11-M en Madrid: «Ha sido ETA porque nosotros decimos que ha sido ETA, no porque *realmente* lo haya sido». Y, creada la criatura, ella sola anda. Lo importante es que ande, no tanto que exista. En este caso no les salió bien la jugada, pero podía haberlo hecho. De todas formas, les costó perder las elecciones, lo que, a la postre, supone la misma demostración del poder del lenguaje, para bien o para mal. Otro tanto le ocurrió al gobierno socialista de Rodríguez-Zapatero al pretender minimizar los efectos de la crisis económica iniciada en 2007 con la prosa de los «brotes verdes» de la economía española. A los juegos de lenguaje los carga el diablo, lo que les confiere una importancia trascendental.

dentro de la tríada bio-psico-social. No se trata de una ruptura clara, lineal y en una sola dirección sino de un choque multidireccional, parecido al que provocan los movimientos de las placas tectónicas en la corteza terrestre. Y no parece estar muy claro en qué sentido se resolverá esa tensión.

La definición teórica multidimensional ha chocado siempre con las concepciones y prácticas profesionales de la biomedicina, para la que el factor biológico ha sido prioritario y determinante (Martínez-Hernández, 2008a). E igual puede decirse para las prácticas sociales en salud de la ciudadanía, en las que ha primado la consideración de los aspectos biológicos de la enfermedad (*disease*). Es decir, la supuesta multidimensionalidad ha sido más un orden normativo (un deber ser) que positivo (una realidad empírica). El modelo biomédico solo ha incorporado en algún grado las dimensiones psicológica (*illness*) y social (*sickness*) de la enfermedad, pero más como meros complementos que como realidades sustantivas. Y hasta ahora, buena parte de la salud pública ha bebido epistemología de las fuentes de la biomedicina y la ciencia experimental.

En la actualidad, aunque sigue prevaleciendo este orden jerárquico, el enfoque biologicista se ha mostrado insuficiente para explicar e intervenir en buena parte de la problemáticas de salud-enfermedad (Comelles y Martínez-Hernández, 1993; Menéndez, 2005). Y, desde luego, ha sido contraproducente para la salud pública (Conrad, 2009). Los motivos de esta inadecuación tienen que ver con que la mayor parte de las enfermedades o problemas de salud pública en las sociedades actuales son debidos, casi exclusivamente, a cuestiones de orden social y cultural (tales como estilos de vida, condiciones laborales, accidentalidad, riesgos alimentarios, contaminación ambiental, desigualdades de género, enfermedades derivadas de los riesgos de la globalización, etc.). Por tanto, otorgar a toda costa un estatus privilegiado al factor *bio* resulta incoherente con la evidencia empírica. Esta situación paradójica entre una epistemología biologicista para describir y explicar el mundo de la salud y la enfermedad y una empiria que pone de manifiesto una y otra vez la fuerza del empuje de las placas *psi* y *socio* es uno de los motivos principales de la crisis de la medicina moderna occidental.

Sin embargo, a pesar de la creciente importancia de los *determinantes sociales* de la salud (OMS, 2008), el enfoque psico-social no ha podido tomar el palacio de

invierno de la biomedicina. No se está produciendo un desplazamiento lineal y unidireccional en el sentido contrario: socio-psico-bio. Se están produciendo cambios e interacciones complejas, movimientos superpuestos. Lo social se subsume bajo las placas bio y psi, y éstas, a su vez, hacen lo mismo. Uno de los principales motivos que explican estos movimientos es el imparable desarrollo de la biotecnología, que está introduciendo nuevos elementos de tensión en la tríada, reforzando los enfoques biologicistas, orientando –incluso en salud pública– la investigación, la formación y la mirada paradigmática hacia la dimensión no solo biológica, sino específicamente genética de la enfermedad. Y, por tanto, reforzando el enfoque biomédico por una doble vía, la de los profesionales para los que la mirada biomédica forma parte de una larga tradición (y siempre es grato volver a casa) y la de las poblaciones, que ven en las posibilidades de la biotecnología la puerta hacia la salvación y, por tanto, presionarán en esa línea. Por ello, las tensiones derivadas del choque de las distintas perspectivas paradigmáticas en juego continuarán en una espiral creciente. Varios factores explican este movimiento de placas semánticas:

2.2.1. La plasticidad de la relación natura-cultura

La diferenciación radical entre naturaleza y cultura es una de las falsas dicotomías desplazadas por el pensamiento complejo. Tanto la naturaleza como la dimensión biológica de la enfermedad (*disease*) son procesos cada vez más controlados por el ser humano. Las posibilidades de identificación, observación, manipulación y control del potencial biológico del ser humano y de la naturaleza (y de la interacción entre ambos) han convertido estas variables en elementos previsibles y modificables. Se pueden *monitorizar*. Pero no solo eso. También se pueden construir y deconstruir. La naturaleza y la biología hoy son algo con lo que podemos jugar. Y esto supone un salto importantísimo: por primera vez en la historia el ser humano puede controlar, manipular y orientar su desarrollo biológico⁸⁴. La cultura ha llega-

84 Por primera vez a semejantes niveles de profundidad; las primeras manipulaciones se produjeron en la Prehistoria mediante la trepanación craneal. Independientemente de su finalidad (médica o de otro tipo), las trepanaciones craneales constituyen un ejemplo muy ilustrativo de la voluntad de poder, de esa voluntad del ser humano de autotransformarse a sí mismo, a pesar de la naturaleza. Basta con echar la vista atrás y pensar en esas prácticas de nuestros primeros tiempos para saber que no nos quedaremos quietos. No habrá puertas eternamente cerradas. Esta constatación puede constituir un estímulo positivo acerca las potencialidades del ser humano o puede provocar escalofríos si pensamos lo que podríamos llegar a ser capaces de hacer.

do a la estructura molecular del ADN y ejerce ya un nanocontrol casi total sobre la biología. Ahí radica una de las grandes novedades de nuestro tiempo. Se ha pasado de la consideración ontológica de lo natural como un hecho inevitable a su consideración como un hecho construido y controlable, con todas las implicaciones epistemológicas y pragmáticas que ello conlleva. El «está escrito en los genes» ya es como las posiciones en el universo: muy relativo; las posibilidades de reescritura abren una potencialidad inédita hasta el momento. Y, de hecho, ya hemos pasado de la potencia al acto: son numerosos hoy día los procesos patológicos realmente controlados a través de intervenciones biotecnológicas (diabetes, trasplantes de órganos, selección genética, células madre, etc.), lo que ha hecho posible que se difuminen las fronteras entre las personas enfermas y las saludables y, por tanto, un cambio profundo en los significados salud-enfermedad y en todos los otros significados relacionados con ellos.

Un ejemplo ilustrativo de la actual *plasticidad líquida* de la relación natura-cultura lo aportan las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y la concomitante transformación del concepto de maternidad que implican. Una vez que se ha cruzado el Rubicón de la maternidad de alquiler, una práctica ya bastante habitual en EE.UU. y otros países⁸⁵, es evidente que la gestación y el parto extrauterino (en útero artificial) están por llegar (<http://www.nature.com/index.html>). Es solo una cuestión de tiempo. Y si para ser madre ya no es necesario parir a tus hijos con dolor, si se ha roto la vinculación entre la identidad maternal y la corporeidad (biología), no hay ninguna razón para preferir un útero humano de pago (un mercado imprevisible, con todo lo que ello implica) antes que un útero artificial, tecnológicamente avanzado, científicamente avalado y, por tanto, con una seguridad real o percibida tremendamente superior a la voluntad de una madre de alquiler humana a la que no es posible controlar durante los nueve meses de gestación. Se pierde el control sobre la bioinversión que se haga en ella, y con ello aumenta el riesgo: ¿y si fuma?, ¿y si bebe?, ¿y si se expone a otros riesgos?, ¿un accidente? ¿Cómo dejar tan alta bioinversión al albur de las contingencias humanas? Un útero de alquiler siempre será *humano, demasiado humano*. Frente a él, es mucho más seguro el hospital y la gestación extrauterina, tecnológicamente controlada, *monitorizada*. En un contexto así el significado de madre «natural» se relativiza. La buena madre del futuro y el

85 Ricky Martin, por ejemplo, ya ha sido madre de dos hermosos gemelos.

Salud pública en tiempos postmodernos

arcángel San Gabriel delegarán sus funciones en la tecnología. Como vemos, la cultura modifica incluso la maternidad, uno de los más sagrados misterios de la *madre natura*. Y no habrá que desplegar una gran imaginación para entrever las tremendas implicaciones sociales, económicas, jurídicas o políticas de estos cambios.

En un contexto en el que la cultura construye cada vez con mayor intensidad lo *bio*, resulta difícil seguir manteniendo la biología como causa primera y última de todo lo real⁸⁶. Aún así, la conjunción de la predominante filosofía de laboratorio y de ciertos determinismos biológicos no deja de intentar naturalizar la cultura (Martínez-Hernández, 2008a). La magia de la *cateris paribus* hace como si se le pudiera quitar la cultura al ser humano (si se quitara, quedaría natura). Sin embargo, este es un razonamiento falaz. No se puede quitar la cultura, no es un traje, es una incrustación. Como no podemos quitarle al agua un átomo de hidrógeno y pretender que siga siendo agua. Y además, la plasticidad va en aumento y, por tanto, en el futuro resultará muy difícil separar lo biológico de lo psicológico y lo social. Son un todo inseparable cada día más compacto que se construye mutuamente a través de una relación de interdependencia. Por eso, a pesar de las presiones de la biomedicina, las placas no se separan. La principal enfermedad grave aparecida en el siglo XXI, el SARS (2003), donde más rápidamente se propagó fue en hospitales ultramodernos de grandes ciudades (OMS, 2007) y su peor *vector* potencial fue el avión. Precisamente en las tecnofortalezas mejor equipadas contra el mal y a través de nuestras más veloces máquinas... ¿cómo separar en un contexto así natura y cultura?

2.2.2. El tránsito de lo material a lo simbólico

El estado de salud, individual y colectivo, desde luego, depende *también* de otros factores distintos a la mera biología. Ya vimos que el enfoque bio-psico-

86 Aunque, como apunta con tino Luis Andrés López, en su revisión del manuscrito: «los fantasmas no existen; la muerte individual, al final, es siempre un hecho biológico». Agradezco su paciente esfuerzo por tratar de atemperar el *descarnado* constructivismo que expresan este tipo de enunciados. Y aprovecho para aclarar que lo que se pretende resaltar en este texto es, no solo que nacer y morir sean hechos socialmente muy marcados, sino que, en el espacio-tiempo entre el nacimiento y la muerte, gran parte de lo que ocurre en los procesos de salud-enfermedad se dirime en el terreno de los significados, las palabras, los sentidos, las percepciones..., es decir, en una nebulosa fantasmal. O, en otros términos, que los fantasmas de hoy también son postmodernos: a la vez, existen y no existen.

social implica asumir que, prácticamente, *todo es salud*. Las razones de este hecho tienen que ver con que en el campo de la salud, como en el de otras necesidades básicas humanas, se ha producido un doble giro que cambia el estatus de lo material y lo biológico.

Por una parte se ha producido un «giro postmaterialista» paralelo al ocurrido en el ámbito del consumo de bienes y servicios; la lógica de la sociedad de consumo ha penetrado en el campo de la salud. Con la cobertura de las necesidades básicas, las expectativas, deseos y preocupaciones se reorientan, por una parte, hacia aspectos de orden simbólico y por otra, hacia relaciones entre la ciudadanía y las instituciones articuladas en torno a procesos. Este giro postmaterialista se puede explicar por varias razones. En primer lugar, las sociedades occidentales (y en cierto sentido, la globalidad de la especie humana) han alcanzado unos niveles de salud sin precedentes históricos. Hemos conquistado lo *bio*. En los dos últimos siglos del segundo milenio la humanidad ha duplicado su esperanza de vida, ha erradicado o controlado las peores enfermedades infecciosas, ha reducido considerablemente la mortalidad infantil, se han dotado de sistemas de atención a la salud casi universales y convertido la salud en un derecho constitucional, políticamente legitimado y jurídicamente asegurado, en buena parte del mundo. En una situación así, parece lógico que la satisfacción de necesidades de salud *no materiales* se convierta en una especie de *siguiente escalón* en la pirámide de necesidades humanas (Maslow, 1991). En segundo lugar, el cambio en algunos de los patrones demográficos clave, como la baja tasa de natalidad y el progresivo envejecimiento de la población en Occidente, ha conducido a una alta prevalencia de enfermedades crónicas. Esto tiene al menos dos grandes consecuencias para el campo de la salud. Por una parte, en relación con los servicios sanitarios asistenciales, se ha generado la figura de «cliente fijo» que establece un contacto continuado con los servicios y que, por tanto, no atiende a *resultados* en sentido finalista, sino a un proceso asistencial continuado. Se produce un cambio desde una concepción finalista (un producto cerrado en un tiempo concreto y para un fin muy específico) a una conceptualización de proceso (producto abierto, flexible, en un tiempo dilatado y con una finalidad multifuncional y multidimensional). Este no finalismo es mucho más importante en salud pública, en la que sus servicios suelen ser de carácter intangible (cuasi-invisibles) y efectivos a medio-largo plazo, lo que plantea la dificultad de medir o valorar con criterios objetivos

Salud pública en tiempos postmodernos

un número cada vez mayor de servicios (actividades preventivas, campañas de educación sanitaria, de sexo seguro, etc.). Todo ello haría difícil una valoración de la atención en términos de resultados concretos. En definitiva, cambia el tipo de necesidades y las expectativas hacia ellas; importan más las cosas simbólicas que las materiales e importa más el proceso que el resultado, sobre todo cuando éste es cada vez más etéreo.

A ello hay que añadir un *giro postbiologicista* en la definición de necesidades. Se ha superado el «biologicismo» más burdo y elemental y se tiende hacia una concepción de lo «bio» más sofisticada. Ya no se trata solo de que la *máquina* humana funcione, sino de que sea científicamente bella, equilibrada, completa, singularizada, multidimensional... Ni solo anatomía ni solo fisiología. La máquina tiene alma.

Este tránsito de lo material a lo simbólico modifica tanto la etiología como las manifestaciones clínicas de la enfermedad (Wulff, 2006), lo que ha supuesto una inyección de nuevos determinantes de la salud, dando lugar a lo que podríamos llamar la *era* de los determinantes simbólicos de la salud.

2.2.3. El imperio de la percepción

Del caldo de estos nuevos significados de la salud emerge el *imperio de la percepción*, en parte como oposición a los saberes y definiciones profesionales, en parte como complemento. Una de las consecuencias inmediatas del nuevo *statu quo* de la salud-enfermedad tras la declaración de 1946 de la OMS fue la incorporación del concepto de «salud percibida» como complemento a la medida tradicional del estado de salud individual y colectiva basada en indicadores objetivos, biométricos o sociodemográficos. Con ello se produce un cambio en la manera de «medir» la salud, en los métodos y en las fuentes de información. De las tasas de mortalidad como diagnóstico social de los higienistas del siglo XIX se pasa a los indicadores de salud percibida; de un mero recuento de muertos al «usted cómo se siente». A través de este concepto se introduce en la valoración de los estados de salud la propia perspectiva de los individuos (pacientes) y las poblaciones. Desde ese momento, los diagnósticos de salud se elaborarán teniendo en cuenta estas *etnoperspectivas*: los elementos *emics, illness*, la subjetividad, es decir, los puntos de vista propios de

los colectivos humanos implicados. La variable «salud» (individual o colectiva) deja con ello de ser una medida objetiva de un hecho meramente biológico para convertirse, al menos en parte, en una abstracción, un constructo social cuya comprensión requerirá, por tanto, de instrumentos teórico-metodológicos acordes con la naturaleza del fenómeno. De ahí la introducción de los métodos y técnicas de las ciencias sociales como cuestionarios, entrevistas, relatos autobiográficos, técnicas de observación, etc. En ello se basan las encuestas de salud, bienestar, valores, actitudes y comportamientos así como las estrategias de investigación cualitativa. Entonces, ¿significan lo mismo salud y salud percibida? Depende. Todo dependerá de las significaciones que se establezcan en la interacción entre los *habitus* de los agentes participantes (profesionales y profanos): políticos, gestores, medios de comunicación, asociaciones locales, urbanistas, entidades internacionales, asociaciones profesionales y un largo etcétera de negociaciones. En cualquier caso, la salud percibida juega y jugará un papel importante en la definición de lo saludable, dado que puede existir *disease* sin *illness* y al revés, *illness* sin *disease* (Romaní, 2002). No olvidemos que el reconocimiento de unos estados como enfermedad y otros como normalidad responde, en muy buena parte, a construcciones culturales. Los antiguos egipcios, por ejemplo, padecían casi todos de malaria (Masa et. al., 2000); sus vidas eran cortas, somnolientas, estaban siempre cansados, etc., es decir, presentaban todos los síntomas de la malaria. Sin embargo, ellos no lo sabían, luego no se percibían a sí mismos como enfermos; su estado era, para ellos, el estado natural de las cosas.

Y esta entronización de las percepciones se extiende también a otros conceptos relacionados con el estado de salud y bienestar de las poblaciones. Así, por ejemplo, ocurre con el concepto de «calidad percibida» que introduce una dimensión subjetiva en la valoración de la calidad, ya se trate de servicios, programas, intervenciones, acciones de salud pública o de la propia calidad de vida. Igualmente puede decirse del citado concepto de «resultados en salud»; ya no se trata de *outputs* objetivos y tangibles, fácilmente identificables y medibles con los tradicionales instrumentos demográficos, estadísticos o económicos, clínicos o epidemiológicos, sino de resultados subjetivos en los cuales, el nivel de expectativas previo, juega un papel crucial. En este imperio de la percepción, los modelos tecnócratas y la teoría de sistemas y sus conceptos centrales de *input* y *output* devienen obsoletos porque no han incorporado el pensamiento complejo.

2.3. Las dificultades de *Linneo*: la crisis de las taxonomías

Este libro nació de un texto de Borges. De la risa que sacude, al leerlo, todo lo familiar al pensamiento –al nuestro: al que tiene nuestra edad y nuestra geografía–, trastornando todas las superficies ordenadas y todos los planos que ajustan la abundancia de seres, provocando una larga vacilación e inquietud en nuestra práctica milenaria de lo Mismo y lo Otro. Este texto cita «cierta enciclopedia china» donde está escrito que «los animales se dividen en: a] pertenecientes al emperador, b] embalsamados, c] amaestrados, d] lechones, e] sirenas, f] fabulosos, g] perros sueltos, h] incluidos en esta clasificación, i] que se agitan como locos, j] innumerables, k] dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l] etcétera, m] que acaban de romper el jarrón, n] que de lejos parecen moscas». En el asombro de esta taxonomía, lo que se ve de golpe, lo que, por medio del apólogo, se nos muestra como encanto exótico de otro pensamiento, es el límite del nuestro: la imposibilidad de pensar esto.

Michael Foucault

Construir taxonomías, clases o categorías es un modo de empaquetar y ordenar significados. Linneo⁸⁷ ordenó el caos taxonómico imperante hasta el siglo XVIII en zoología y botánica y su lógica de clasificación sistemática ha constituido un modelo de proceder tanto en el campo de la medicina o la salud pública, como en el resto de las ciencias. Así, en 1858 William Farr confeccionó una Nomenclatura de enfermedades que sería el embrión de la Primera Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Rodríguez-Ocaña, 1992), editada por primera vez en 1893 por el Instituto Internacional de Estadística bajo el título de «Listas de causas de muerte». Hoy, las taxonomías clásicas se desdibujan tanto que incluso el sistemático Linneo tendría dificultades para ordenarlas. El desfase entre las palabras y las cosas, los movimientos de placas tectónicas bio-psico-socio y el pensamiento complejo hacen estragos en el ordenado mapa taxonómico de lo mórbido, trastocando tanto la «foto» (la descripción, clasificación y distribución de la mortalidad

87 Carl Linneo (1707-1778), el gran taxónomo de la botánica y la zoología también intentó una clasificación de las enfermedades humanas (*Genera Morborum*) a partir de su sistema de nomenclatura binaria.

y las enfermedades) como su lógica de construcción. Clasificar los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad resulta hoy muy difícil por varios motivos:

- a. La compleja densidad de lo real no se deja atrapar bien en ningún tipo de molde y, en todo caso, cualquiera de ellos será inevitablemente temporal. El procedimiento de crear una etiqueta, llenarla de contenidos o características mediante procedimientos inductivos y después contrastarla con la realidad de las demás cosas para reafirmar o rechazar la validez de la etiqueta (comparación, analogía) plantea problemas porque las «otras cosas» también *fluctúan*. ¿De qué sirve una lógica sistematizadora en un mundo de naturaleza *caótica*? Dicho en pocos términos: dado que *todo lo real fluye*, las taxonomías solo podrán ser temporales. Las continuas revisiones de las clasificaciones internacionales de enfermedad (CIE) o los Diagnósticos de Salud Mental (DSM) son muestra de la temporalidad de las taxonomías médicas debido a la fluidez de las nociones de lo mórbido y lo saludable. Actualmente está en vigor la décima clasificación (CIE-10), aunque sigue utilizándose simultáneamente la CIE-9. En el lapso de algo más de cien años, la ciencia médica ha reclasificado 10 veces las enfermedades. La propia OMS, desde que se hizo cargo de la CIE en 1948, recomienda una revisión de la misma, aproximadamente, cada década. De algo que cambia prácticamente con cada nueva generación de humanos sobre el planeta se puede decir cualquier cosa menos que se trate de un fenómeno de naturaleza inmutable y universal. Antes al contrario, caminamos sobre arenas movedizas.

- b. Los sesgos de su *inadvertida* dimensión normativa. Estas «etiquetas sociales» (Douglas, 2008) que son las taxonomías esconden prescripciones normativas encaminadas a la construcción social de la normalidad. Un ejemplo lo constituye el área de los denominados problemas de «salud sexual y reproductiva». Incluir el sexo y la reproducción dentro de las mismas comillas, hacer de ambas cosas una misma taxonomía supuestamente neutra (como hace la OMS) y científicamente válida, nos da cuenta de un sesgo ideológico en la construcción taxonómica que lleva implícito un mensaje normativo, un deber ser: «el sexo es (*debe ser*) para (o igual a) la reproducción». ¡Así está escrito! He ahí el mensaje. Es una manera sibilina, *soft*, postmoderna, de marcar la norma, de «construir mundos» (Hacking, 2001) más que de describirlos. Este es un caso

Salud pública en tiempos postmodernos

muy ilustrativo de cómo desde la supuesta objetividad de los ámbitos científico-profesionales se produce y reproduce un orden social determinado. Nada de neutralidad. Se toma partido por un determinado modelo, consciente o inconscientemente. Sexual o reproductiva. El truco está en que la «y» hace de «o», por lo que podríamos decir que la ciencia normal construye taxonomías travestidas. Con una simple conjunción (y) estamos lanzando un mensaje extra-sanitario. Es un mensaje de orden *moral*, normativo. Por cierto, muchas y muchos salubristas que quieren empoderar a las mujeres (y, en general, a los seres humanos) no detectan estas trampas lingüísticas porque operan de la misma manera que sale y se pone el sol, con *naturalidad*.

Y esta dimensión extra-científica plantea otro problema: la creciente *democratización* de las construcciones taxonómicas. En un mundo de percepciones simbólicas y conocimientos inciertos, cualquier construcción taxonómica de lo mórbido –no solo la salud percibida– se convierte en un asunto que compete a toda la *polis*, es decir, requiere incorporar los diversos puntos de vista. Por eso, la autoridad profesional es cuestionada por una amplia variedad de «etnosujetos» que reclaman su legitimidad para decidir cómo quieren ser nombrados o etiquetados. Hoy, las taxonomías han dejado de ser supuestas expresiones de esencias interiores para convertirse en etiquetas cuyo significado se negocia a cada instante, a pesar de la resistencia de muchos *taxonomistas* tradicionales.

Un ejemplo actual lo constituye la batalla que desde colectivos sociales progresistas se libra en contra de la clasificación del transgenerismo como enfermedad, definido así en el DSM-IV y en el CIE-10 (Crowe, 2007). Las definiciones profesionales aquí, más que describir una realidad o reducir la complejidad de lo real, pretenden –de nuevo– prescribir una normalidad. Pero carecen de fundamento científico porque no tienen en cuenta el carácter socialmente construido de las identidades de género. Aquí no es la ciencia la que habla, es la política, una determinada ideología. Por eso son cuestionadas. Pero, además, los valores culturales democráticos y los más elementales principios de bioética legitiman la pregunta de ¿quiénes serían aquí los enfermos?, ¿las personas a las que el etiquetaje masculino-femenino clásico no les sirve para dar sentido a sus vidas (en un mundo, por cierto, en el que dichas etiquetas están empezando a dejar de tener sentido) o aquéllos que pretenden imponer los sesgos de su mirada paradigmáti-

ca como criterio de interpretación y clasificación del mundo, a pesar de ir a contracorriente de la historia y del avance de los derechos humanos?⁸⁸ En cualquier caso, con tanta *democracia taxonomizadora* es difícil consensuar criterios a través de los cuales construir las clasificaciones de lo mórbido. Pero, aún siendo difícil, la ciencia médica del futuro tendrá que negociar la forma en que serán descritas las patologías (Hacking, 2001).

- c. El sesgo de los intereses soterrados. Muchas taxonomías son conceptos contruidos para ocultar otras realidades. Así ocurre, por ejemplo, con el uso del origen étnico-cultural como variable de estudio e intervención en salud pública. No es correcto su uso, porque esta etiqueta oculta una realidad mucho más compleja y tiende a reificar los rasgos culturales, contribuyendo con ello a aumentar las desigualdades y la discriminación. Una cosa es el análisis cultural del paciente y otra la patologización de los rasgos étnicos (Comelles y Bernal, 2007). Reificar o cosificar muchas de estas conceptualizaciones como realidades estancas, sustantivas, inmutables, *realmente existentes*, equivale a asumir implícitamente cierta «naturalidad» en clasificaciones puramente arbitrarias. Y, además, muchas de estas taxonomías no responden más que a la visión o los intereses de los *clasificadores*. La «competencia cultural» del personal sanitario en EE.UU., por ejemplo, es una medida defensiva de la profesión médica para evitar demandas judiciales (Comelles, 2007). Por ello se considera necesaria una crítica a las tipologías culturales⁸⁹. Las taxonomías no son envases esterilizados, sino tintados de política.

Por debajo de todos estos problemas clasificatorios late el fenómeno de la «construcción social» de la salud y la enfermedad (Devillard, 1990). Las maneras de describir y clasificar los problemas de salud están fuertemente determinadas por el contexto social en el que se producen dichas taxonomías. La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), por ejemplo, antes era un problema de orden social y un delito. Hoy se define como *problema* de salud, procedimiento médico u opción personal. Una mirada salubrista del siglo XIX nunca hubiese descrito la anorexia o la bulimia, el

88 A este ir a contracorriente, por cierto, hasta hace poco se le llamaba «estar loco». Lo que nos abriría otra interesante interrogación: ¿a través de qué mecanismos la locura consigue imponerse como normalidad?

89 Como se viene planteando, por ejemplo, en el marco de la atención sanitaria a poblaciones migrantes con el paso desde la multiculturalidad a la interculturalidad (Martínez-Hernández, 2008b).

Salud pública en tiempos postmodernos

estrés o incluso los problemas de salud mental; no solo porque no «existieran», sino porque hubiese sido imposible pensarlos, de la misma forma que nos resultaba imposible pensar en una clasificación de animales que incluyera a «los que de lejos parecen moscas» como una taxonomía válida.

En síntesis, muchas de las viejas taxonomías de la ciencia, la biomedicina y la salud pública ya no valen lo que valían. Hemos descubierto sus mecanismos de construcción –los suyos y los de cualquier proceso de taxonomización– y tienen problemas políticos, éticos y de validez científica. Todos estos procesos de construcción taxonómica están llenos de aberraciones entre lo «descriptivo» y lo «normativo», lo «científico» y lo «político». Además también tienen importantes déficits epistemológicos porque no hacen lo que debe hacer un buen concepto (o teoría): no permiten una comprensión del mundo rica, global y útil. Explicitar estos sesgos conllevará una revisión a fondo de muchos procedimientos cognitivos y situará a la ciencia ante un importante dilema ético. Pero, aún así, la ciencia, cuanto más rigurosa sea, mayor credibilidad tendrá.

Esta crisis, probablemente haya que superarla despolitizando las taxonomías o repolitizándolas de una manera nueva, liberadora, frente a la clasificación por control social típica de la industrialización. Pero, sobre todo, entendiéndolas como elementos insertos en sistemas complejos y definiéndolas a partir de sus núcleos de sentido y no de sus fronteras con otras categorías (Morin, 2008), ya que las fronteras siempre serán difusas. De momento, desde luego, parece claro que las taxonomías han sufrido el *desencanto de la oquedad*; ya no tiene tanto poder la contundencia de «al pan, pan, y al vino, vino». Pero además, sabemos que, muy probablemente, nuestras definiciones contribuirán a crear esas realidades, por lo que el procedimiento de *etiquetar* cobra una importante dimensión estratégica, política. De ahí que la batalla por la definición de las *cosas* sea hoy fundamental.

2.4. De la descripción a la interpretación

Por otra parte, las meras descripciones resultan insuficientes en contextos altamente complejos, donde las clásicas dimensiones *desease* de la enfermedad requieren ser completadas con el análisis de su dimensión *fenomenológica* (la manera en que se

expresa la enfermedad). Por esta razón, la salud pública se ha ido dotando –con la ayuda de las ciencias sociales, la epidemiología y otras disciplinas– de un corpus teórico y metodológico que le permita profundizar en la densidad de los significados sociales de la enfermedad y la salud, es decir, las dimensiones *sickness* e *Illness*, a través de estrategias de corte interpretativo. Una hermenéutica de la salud-enfermedad, convertidas ahora en un texto que hay que decodificar (el giro lingüístico de la postmodernidad). Esto supone un cambio importante en los modelos explicativos o *Explanatory Models* (EMs) (Kleinman, 1980)⁹⁰ del hecho de enfermar que están en juego en el campo de la salud. Con ello, las descripciones médico-sanitarias se han enriquecido cualitativamente. Se ha producido un cierto desplazamiento de la descripción y la cuantificación hacia la cualificación e interpretación. Se ha avanzado hacia un análisis interpretativo del sufrimiento y de la aflicción centrado en el significado (*meaning-centered approach*) (Kleinman, 1980). De esta forma, se hace posible la construcción de explicaciones e intervenciones que combinen las perspectivas *emics* y *etics* (el punto de vista del observador).

Más importante que «clasificar» los fenómenos en tipologías resulta hoy comprenderlos, poder analizarlos en su contexto de incertidumbre y complejidad. El empirismo abstracto ya no solo es decoración sobrecargada sino que sus descripciones resultan muy poco útiles; basta ver la pastosidad de gran parte de las publicaciones científicas de corte cuantitativo; con sus pesados porcentajes y demás pruebas de *verità* estadística (media, desviación típica, odd ratio, intervalos de confianza, márgenes de error, etc.) que más que arrojar luz, enturbian los fenómenos que describen a la vez que provocan el *empacho estadístico* en sus lectores. Por no hablar de la tristeza explicativa de los apartados de *Discusión* en dichos artículos científicos.

Dado que el mundo está lleno de signos, y dado que *ya* no hay una relación *directa* entre las palabras y las cosas, necesitaremos más hermenéutica para decodificar la vida. Cada vez más, *conocer* será interpretar. Por lo que más que de describir realidades de lo que se trataría en el futuro es de interpretar significados.

90 Los Explanatory Models (EMs) o Modelos Explicativos (Kleinman, 1980) son las nociones acerca de un episodio de enfermedad y de su posible terapéutica empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. La interacción de los EMs de los pacientes y de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. A partir de estos EMs, pacientes y familiares, dotan de sentido a un episodio de aflicción y escogen y valoran los diferentes tratamientos.

2.5. Los mercaderes y el Templo de la salud

¡No olviden vitaminarse y mineralizarse!

Súper Ratón

La actual amplitud de significados en torno al binomio salud-enfermedad implica también un proceso de cosificación, es decir, la consideración de la salud-enfermedad como una cosa, un objeto más de consumo incorporado al mercado de bienes y servicios, lo que quiere decir que es un objeto producido y demandado y sujeto a un sistema de valores y precios. De manera creciente, los mercaderes han ocupado el templo de la salud, otrora en manos de dioses y de saberes profesionales. Hoy son los intereses de la industria farmacéutica y otras corporaciones afines las que regulan la salud y la vida. Producen salud, la empaquetan y la venden a unas poblaciones dóciles previamente convencidas, primero de que estaban enfermas y después de que existen soluciones a la venta para sus «enfermedades inventadas» (Blech, 2005). Esta estrategia de «promoción de enfermedades» (*disease mongering*) se encuentra ampliamente descrita (Moynihan et al., 2002; Gervás, 2009a). Y, al fin y al cabo, no es una estrategia tan nueva; Súper Ratón ya nos medicalizaba a la vez que entretenía. Frente a la promoción de la salud, la promoción de la enfermedad: ¡menudo giro histórico! Aún así, la industria farmacéutica y sus bien pagados expertos dicen que ellos lo único que hacen es «sensibilizar e informar», sin más.

Con esta voluntad *sensibilizadora*, los mercados, partiendo del barro primigenio de los *pacientes*, y a través de diversas estrategias de clientelización, construyeron *clientes* impacientes o consumidores de servicios de salud (Irigoyen, 1996). Lo llamaron «consumerismo» (Drucker, 2002). Después, espoleados por las posibilidades de las nuevas tecnologías electrónicas aparecieron los «prosumidores» (*prosumers*): productores y consumidores a un tiempo (Toffler, 1989). Y en este nuevo orden de producción y consumo, el mercado incorporó el valor salud, básicamente, en dos sentidos. En primer lugar, como venta directa de productos «sanitarios» dirigidos a paliar supuestas carencias de la caprichosa hidra de la salud (reparar y proteger); especialmente fármacos de todo tipo y para todo tipo de males. Pero, también, otros supuestos complementos de vitaminas, minerales, oligoelementos, omega 3, etc., destinados a reforzar el organismo y sus sistemas

de defensa (Danacol, Actimel, Densia, cremas para combatir los radicales libres, etc.). Todo un ejército de productos sanitarios que luchan contra el mal de innumerables agentes potencialmente patógenos. Aquí lo que se venden son las propiedades curativas y la magia de una acción reparadora de anomalías, desequilibrios y amenazas varias, reales o inventadas. En segundo lugar podríamos hablar de una estrategia de venta indirecta, a través de la asociación de todo tipo de productos comerciales con alguna supuesta dimensión saludable, tanto para el individuo como para la colectividad. Resulta significativo en este sentido el giro que se puede analizar en la publicidad de los fabricantes de detergentes; si en los años 70 y 80 presentaban a amas de casa rivalizando en torno cuál de ellas lavaba más blanco, hoy día, Ariel, por ejemplo, nos explica científicamente cómo las micropartículas de sus productos actúan de manera inteligente eliminando la suciedad a la vez que contribuyen, dada su eficiencia en el consumo de agua y energía, al mantenimiento de un medio ambiente saludable. Sea de manera directa o de manera indirecta, unidireccional o interactiva, el hecho es que en la sociedad de consumo es difícil encontrar a la venta algún producto que no incorpore supuestos beneficios para el organismo biológico, para la estabilidad psíquica o incluso para la paz y el bienestar social («para estar mejor con los tuyos»). Un buen ejemplo lo constituye el eslogan del Grupo Pascual: «La calidad y tu salud, nuestra razón de ser. Generando calidad de vida desde 1969». Ya no venden leche, producen salud. Y, por cierto, el mercado no está solo, los gobiernos y las prácticas profesionales neoliberales le ayudan cuanto pueden. Con lo que los mercaderes, no solo se apropian de los «significados» sino que ya están preparando el desembarco en las instituciones y organizaciones sanitarias, incluso en sistemas de cobertura universal.

Pero el mercado que usa el valor salud no solo son las grandes corporaciones empresariales, también existe un mercado «alternativo» estructurado en torno a las *folkmedicinas* que, genéricamente hablando, serían las «versiones médicas de ideologías filosóficas, religiosas y políticas del folclore popular» (López-Piñero, 2001), una mezcla de elementos culturales de Occidente y otras tradiciones distintas a la europea (homeopatía, curanderismo, sanadores, astrólogos, videntes, acupuntura, yoga, Tai Chi y un largo etcétera) que han conformado, como ocurre en el campo musical, una especie de *medicina de fusión*, otro *collage* postmoderno. Son las denominadas «medicinas alternativas» o «paralelas» (incluidos paramédicos, parafarmacias y todo

Salud pública en tiempos postmodernos

lo «para»⁹¹. En general, se define así a todo lo que no es la biomedicina, aunque el término es un poco reduccionista porque engloba dentro realidades muy diversas. Todas ellas, sin embargo, oscilan entre la pura especulación, el consumismo y la falta de escrúpulos que la mercadotecnia de la salud les proporciona. En el futuro, la biomedicina tendrá que competir con otras prácticas alternativas y que cada cuál venda con su suerte.

Esta persistente *industria* –que diría Don Quijote– de los mercaderes nos ha llevado directamente a lo que se conoce como «medicalización de la vida» (Márquez y Meneu, 2007), es decir una situación en la que «muchos de los procesos habituales de la vida –el nacimiento, la vejez, la sexualidad, la infelicidad y la muerte–, así como otros comportamientos completamente normales, se nos presentan sistemáticamente como patológicos» (Blech, 2005). Se trata de un hecho bien documentado incluso en la literatura científica biomédica, como muestra el extenso número de artículos dedicados al tema en *British Medical Journal* y otras revistas científicas de prestigio internacional. Por ejemplo, la mayor prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres se trata mediante la medicalización de la sintomatología, sin plantearse las relaciones de género como foco etiológico. Y si «todo» es patológico, la salud se convierte en un ideal inalcanzable. La creciente aparición de «enfermedades nuevas» (colesterol demasiado alto, agorafobia, fatiga crónica, andropausia, síndrome del niño hiperactivo, etc.), la mayoría de ellas con una sintomatología difusa, y la rapidez con que responde a ellas la industria farmacéutica (el «bautizo» de la nueva enfermedad y la puesta a la venta de su tratamiento son prácticamente simultáneos) pone de manifiesto el papel que este sector industrial tiene en el campo de la salud.

Pero, además, el mercado también ha invadido el campo de la salud pública y ha hecho que sus «productos» (desde programas o campañas hasta las políticas que inspira) funcionen ya con la misma lógica que otros objetos de consumo. Por ejemplo, la búsqueda de la calidad de vida, del aire, de las aguas... constituye una prioridad altamente demandada y pagada por crecientes sectores de población y el juego de la oferta y la demanda hace que, independientemente de la voluntad y los objetivos

91 Hoy existen cosas y «paracosas». Si ya hemos visto las dificultades del lenguaje para nombrar las cosas, cuántas no tendrá para describir las «paracosas».

de sus impulsores, estos programas, campañas, etc., funcionen de manera autónoma una vez puestos en circulación en el mercado de bienes de la salud. Su valor se establece según mercado. Y su consumo depende de la posición de los sujetos en la estructura social (de su capital económico o simbólico). Y el usuario los *compra* cuando quiere, si quiere. Esto ha supuesto una importante pérdida de control de la situación para los dispositivos de salud pública.

A estas alturas, la interacción con los mercaderes (industria, comercio, transportes, periodistas, publicistas, etc.) es inevitable, sea para bloquear su entrada al templo de la salud, para minimizar los efectos perversos de la lógica del beneficio sin límites o incluso para establecer con ellos alianzas estratégicas de intervención social. Lo que quiere decir, sencillamente, que los mercaderes han resignificado la enfermedad y la salud, las han dotado de un nuevo sentido.

2.6. Enfermedad y salud: de la agonía al éxtasis

El significado de enfermedad en el mundo contemporáneo desborda conceptualmente al tradicional *phatos* (sufrimiento)⁹². Se ha producido un desplazamiento hacia una concepción más amplia y compleja del hecho de enfermar-sanar-morir; un giro desde la enfermedad (negativo) hacia la salud (positivo), donde la salud ya no se definirá de un modo espartano *meramente* como la «ausencia» de enfermedad o como el «desequilibrio» de un orden determinado (corporal, físico, mental, social...) sino como «algo más» (en realidad bastante más). La enfermedad ya no es solo presencia de sufrimiento sino también «ausencia de felicidad». La verdadera meta social está en alcanzar la salud y el bienestar *total* o, lo que viene a ser lo mismo, la salvación en la tierra de cuerpos y almas. Además, se trata de un continuo salud-enfermedad en el que casi nunca se tiene toda la salud y casi todo podrían ser enfermedades o fuentes de ellas. Esta ampliación semántica ha repercutido en la teoría, en la etiología, en la construcción diagnóstica, en las maneras de conceptualizar y abordar el curso de las enfermedades o las diversas posibilidades terapéuticas, tanto a

92 Cuando un concepto se queda corto para dar cuenta de una realidad es porque esa realidad ha cambiado. O ha cambiado nuestra forma de verla.

Salud pública en tiempos postmodernos

nivel individual como poblacional. La intensificación de la lógica del «todo es salud», su dinámica globalizadora, ha dotado al binomio salud-enfermedad de un espectro ontológico casi infinito, un ideal imposible de alcanzar puesto que el objetivo último es la felicidad total. La cuestión ya no es solo evitar el dolor y el sufrimiento sino ser feliz. No se trata de evitar la agonía sino de alcanzar el éxtasis. He aquí el nuevo significado de la salud.

Quizá uno de los ejemplos más sutiles para entender estos nuevos significados del valor salud nos lo proporciona el agua, los nuevos usos sociales del agua. Actualmente se puede observar un continuo circular de personas en la calle, en el trabajo, en los campus, los transportes, en los lugares de ocio... exhibiendo botellas de agua en las manos. Por su parte, las organizaciones, los institutos, los comercios, etc., instalan fuentes y máquinas expendedoras de agua, mientras las autoridades sanitarias, cual cautelosas madres, nos recomiendan insistentemente estar siempre bien hidratados. Una permanente *exposición* del agua forma parte del paisaje urbano de la «modernidad líquida» (Bauman, 2007b). Pareciera haber un gran miedo a la sequía o como si ahora el agua hubiese sustituido al oxígeno. Hay una necesidad continua de beber agua que resulta novedosa en la evolución de la especie. ¿Por qué este trasiego del líquido elemento en todos los espacios sociales? ¿A qué viene este continuo ir y venir de personas con metafóricos cántaros y ánforas, cubos y botellas? Su dimensión simbólica (los usos sociales del agua) se ve muy claramente cuando encontramos por la calle o en otros espacios sociales a personas que portan una cantidad insignificante de agua, probablemente caliente y que seguramente no será bebida finalmente. La materialidad, el H₂O, el contenido, no importa tanto; lo importante es la botella visible, el continente, vehículo a través del cual informamos a la sociedad de dónde estamos y quiénes somos. Una proclamación a los cuatro vientos: «yo bebo agua». Y es importante que se sepa. Es una forma de presentación de la persona en la vida cotidiana (Goffman, 2001)⁹³. Y a su vez, estos nuevos «manantiales de plástico» se convierten, como antaño, en espacios de socialización, de encuentro, en los que los hiperindividualistas sujetos postmodernos parecieran necesitar el nexo del agua para (re)hacer las relaciones sociales, para construir la nueva socialidad (Maffesoli, 2007). Ahí estaba la respuesta. El agua es salud y la salud es «presentable»

93 Detrás de estas máscaras de agua muy probablemente se puedan rastrear las marcas del género.

en público. Es decir, la salud se ha convertido en un instrumento de construcción de identidades y un elemento de estratificación y diferenciación social. Ser saludables confiere una identidad muy valorada en el universo de valores predominantes en la postmodernidad porque contribuye a la sacralizada realización personal (el «yo me cuido» como culmen de la recreación narcisista). «¡Bebe agua y te salvarás!», parece ser el nuevo lema. Y porque además esa identidad sirve para diferenciarse socialmente, es un elemento de distinción (Bourdieu, 2006) en tanto que se cuida más la *gente bien*. Es el colmo de la condición postmoderna: la distinción ya no la marca, directamente, la ostentación de los objetos de lujo, que pierden eficacia simbólica, dada la proliferación de imitaciones y copias producidas en serie; ahora la marca un elemento tan sutil como el agua. Hoy aporta más distinción social una botella de agua mineral que un zafiro al cuello. Resulta curioso que tras fatigados siglos de búsqueda de la piedra filosofal (por parte de alquimistas varios) o de la salvación a través de la fe (y sus alquimistas de las emociones) se haya colmado esa ansiedad por la búsqueda de la felicidad-salvación, precisamente, en el elemento más simple, común, abundante, incoloro, insípido y elemental: el agua. ¡El material más ordinario! ¡Ahí estaba el secreto por siglos guardado! En definitiva, lo importante de la salud ya no es solo tenerla o no tenerla, sino que es especialmente importante aparentarla, demostrar que se intenta alcanzar el ideal, que se es *creyente*. Llegar al éxtasis místico de la salud a través del agua. *We are healthy people*.

La redefinición de los conceptos así como de las prácticas en salud de las poblaciones y de las prácticas profesionales supone una transformación del binomio salud-enfermedad de tal calado que plantea serios problemas a la institución social de la medicina para definir lo normal y lo patológico y para articular los medios de hacer frente a las enfermedades. Las definiciones científico-técnicas van a estar cada vez más condicionadas por consideraciones de orden político-democrático, social y cultural. Una situación que, lejos de amainar, se ha ido intensificando, como hemos visto, desde la Declaración de 1946 de la Organización Mundial de la Salud. Probablemente, la mayor transformación histórica producida entre los términos del binomio salud-enfermedad. Y el futuro se presenta incierto, ya que a medida que aumenta la complejidad social la salud es cada vez más una cuestión «cultural», por lo que numerosas y nuevas batallas semánticas están por venir.

3. Patrones epidemiológicos postmodernos: la explosión de las morbilidades

*Lo que requiere el cuerpo se halla al alcance
de todos, sin esfuerzo ni sufrimiento;
cuanto requiere esfuerzo y sufrimiento
y amarga la vida no lo necesita el cuerpo,
sino la ausencia de objetivos del alma.*

Demócrito

Los patrones epidemiológicos son los modelos de morbi-mortalidad o maneras de enfermar y morir más prevalentes en una determinada sociedad en momentos históricos concretos. Estos modelos se configuran a partir de los tres componentes clave de la epidemiología, es decir, las causas y tipos de enfermedad, sus efectos y las poblaciones implicadas. Desde una perspectiva histórica, los primeros esfuerzos higienistas (cuarentenas, desinfecciones, etc.) encaminados a evitar o reducir la morbi-mortalidad prematura de las poblaciones fueron dirigidos hacia las enfermedades infecciosas de mayor contagio o *epidémicas*, es decir que afectan a todo el *demos*, y cuyo caso paradigmático en la historia fue la lucha contra la peste negra en el siglo XIV⁹⁴. Con posterioridad, se empezó a prestar atención a las enfermedades no infecciosas o carenciales (el escorbuto o la pelagra, por ejemplo) que eran prevalentes o endémicas en zonas geográficas o grupos poblacionales específicos (marineros, zonas endémicas de bocio, etc.). Desde finales del siglo XVIII este conjunto de saberes y prácticas acumulados para hacer frente a la enfermedad se formaliza y sistematiza, cobrando cuerpo así lo que hoy conocemos como epidemiología (Buck et. al. 1988) y salud pública, ciencias dedicadas al estudio y remedio de las enfermedades y sus consecuencias sobre las poblaciones. Actualmente, los cambios sociales están transformando tanto los patrones epidemiológicos como las formas científicas y políticas de gestionarlos.

94 El más paradigmático, pero no el primero. Entre otros casos, es interesante resaltar el esfuerzo teórico y práctico llevado a cabo para afrontar la epidemia de peste que afectó a Grecia y a todo el mundo antiguo durante la Guerra del Peloponeso (siglo V a. C.), de la que da buena cuenta Tucídides en su *Historia* (Tucídides, 2002).

3.1. Los patrones epidemiológicos del industrialismo

A partir del siglo XIX, la revolución industrial desató dos fenómenos trascendentales y paralelos que reconfiguraron de manera irreversible el mapa de los patrones epidemiológicos preindustriales. De un lado, una transición demográfica que tuvo como consecuencias la disminución tanto de las tasas de mortalidad como de las de natalidad. De otro lado, se produjo una transición epidemiológica que supuso, en primer lugar, un desplazamiento de la importancia de las enfermedades infecto-contagiosas (que fueron controladas por el desarrollo de la inmunología, las mejoras en las condiciones higiénicas, etc.) y el aumento de las enfermedades crónicas y agudas, especialmente las relacionadas con las desigualdades sociales que generaba el modo de producción industrial (las condiciones laborales, los estilos de vida, etc.); fue la denominada «cuestión social» de la salud pública⁹⁵. En segundo lugar, el centro de interés y preocupación pasó de la mortalidad a la morbilidad y sus consecuencias individuales y sociales; es decir, controlada ya la alta mortandad que provocaban plagas y epidemias, lo que quedaba era la gestión de las incidencias y prevalencias de morbilidades diversas (ya no se trataba de evitar una alta mortalidad sino de atender a los enfermos, de gestionar la morbilidad). En tercer lugar, estas morbilidades diversas ya no afectaban de lleno a la población como un todo, sino que se distribuían de manera diferencial entre distintos grupos o fragmentos poblacionales en función de parámetros como la edad, la ocupación, la renta, la distribución espacial en las ciudades, barrios, países, etc. Esto supuso un giro salubrista en cuanto al abordaje del componente poblacional, pasando ahora a cobrar mayor interés las poblaciones de edades adultas, especialmente la población productiva⁹⁶.

La confluencia de ambos fenómenos (transiciones demográfica y epidemiológica) con los procesos de secularización y racionalización iniciados en la Europa de la Ilustración representó un giro importante en la forma de abordar los problemas de salud pública. Desde entonces, la epidemiología se ha centrado en el estudio de la forma en que se distribuye la enfermedad en determinados colectivos o grupos

95 Aunque a este énfasis en lo social se le daría la vuelta a finales del siglo XIX con la irrupción de la bacteriología, la inmunología y el laboratorio.

96 En los inicios de la salud pública el interés poblacional estuvo muy centrado en asegurar la viabilidad de los recién nacidos mediante la reducción de la mortalidad infantil.

sociales así como en el análisis de su relación hipotética con los determinantes o factores de riesgo (Perea-Milla, 1996; Buck, et al., 1988). Es decir, las poblaciones se *trocean* o segmentan y la etiología y los efectos de la enfermedad se convierten en una cuestión de probabilidades estadísticas.

3.2. Los patrones epidemiológicos postmodernos

Desde mediados del siglo XX se ha venido produciendo una nueva transición epidemiológica que genera nuevos patrones epidemiológicos, postindustriales o postmodernos. En el Cuadro 3 se muestra una síntesis de la evolución de dichos patrones. En términos globales, se ha producido una reducción de la morbilidad y la mortalidad evitables y un consecuente aumento de la calidad de vida relacionada con la salud y del bienestar general de la población en todos los países desarrollados y en muchos de los países en vías de desarrollo. Paralelamente surgen nuevas morbilidades que van adquiriendo progresivamente un peso específico importante. De forma general, este nuevo perfil epidemiológico se puede caracterizar como sigue:

- a. En cuanto a los tipos y causas de enfermedades más prevalentes, se ha producido un espectacular incremento de las neoplasias (cáncer de pulmón y otros), la accidentalidad evitable (accidentes de circulación, laborales), las enfermedades cardiovasculares íntimamente relacionadas con los patrones de consumo en general, y de consumo alimentario en particular y la emergencia de numerosos problemas de salud mental. Un panorama al que habría que añadir el auge de las enfermedades infecciosas y transmisibles (emergentes y reemergentes) provocadas por la globalización y por la alteración microbiana inducida por el propio ser humano y las relacionadas con la creciente contaminación medioambiental proveniente del mundo de la química (radiaciones nucleares, alta incidencia de alergias, etc.) y de los campos magnéticos. Pero, además de lo anterior, el panorama de la morbilidad se hace más complejo con la entrada en escena de «todo lo demás», es decir, de patologías relacionadas con alteraciones de la conducta alimentaria, estrés, salud laboral, atención específica a poblaciones migrantes globales, los trastornos relacionados con el individualismo y sus soledades, con la crisis de las relaciones género, o con la gestión de alertas sanitarias permanentes, etc. Por último, la aparición de casos de nuevas enfermedades (enfermedades raras y otras) es un fenómeno en aumento (OMS, 2007).

Cuadro 3. Evolución de los patrones epidemiológicos

| PATRONES EPIDEMIOLÓGICOS | | |
|---|--|---|
| Preindustriales | Industriales | Postindustriales o postmodernos |
| Causas y tipos de enfermedad | | |
| Enfermedades infecto-contagiosas | Enfermedades no infecciosas | <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias • Cardiovasculares • Accidentalidad • Problemas salud mental • Degenerativas • Infecciosas emergentes y reemergentes • Contaminación ambiental • «Todo lo demás» |
| Efectos o consecuencias | | |
| Mortalidad | Morbilidades diversas en función de la estructural social (asociadas a las desigualdades sociales) | <ul style="list-style-type: none"> • Disminución generalizada de la mortalidad y morbilidad (evitable) clásica • Morbilidad crónica estructural • Riesgos locales y globales • Nuevas incidencias • Estados pluripatológicos • Alteración sistema inmunológico humano • Alergias |
| Poblaciones implicadas o afectadas | | |
| Población total (como un todo) (Especialmente mujeres y niños/as) | Poblaciones diversas (Población productiva, especialmente varones) | Poblaciones locales y población global a un tiempo (Migrantes globales) |

Salud pública en tiempos postmodernos

- b.** En cuanto a los efectos o consecuencias (Cuadro 3), se puede caracterizar como un periodo de disminución de la mortalidad y de alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que dibujan un estado de patrones pluripatológicos. El esfuerzo por disminuir las prevalencias de algunas enfermedades resulta muy difícil debido a la existencia de «prevalencias estructurales» motivadas por la cronicidad, hasta ahora, difícilmente evitable ya que está relacionada tanto con la mayor longevidad de los seres humanos como con la ralentización de los avances en la investigación científica (por ejemplo sobre el cáncer, el sida, etc.). Pero también por el «eterno problema» de que el control de los factores de riesgo individuales no es suficiente (obesidad o tabaquismo son buenos ejemplos) y los «factores estructurales» son difícilmente modificables.
- c.** Las poblaciones implicadas o afectadas ahora son locales y globales a un mismo tiempo, tanto por la nueva recomposición poblacional que supone el fenómeno migratorio global como por la globalidad de los riesgos del mundo contemporáneo.

Una serie de causas explican el cambio hacia estos perfiles epidemiológicos postmodernos. El nuevo modo de producción y sus riesgos inevitables, el extraordinario aumento de la esperanza de vida en las sociedades occidentales, el aumento de los niveles de educación sanitaria de la población, la mejora en la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, la importante labor de los dispositivos de salud pública para la investigación rigurosa de la situación de salud y el diseño de campañas de intervención, la mejora de la formación de los profesionales, la acción política o las exigencias culturales que sitúan el bienestar individual humano en la cúspide de los ideales son algunas de ellas.

3.3. Viejas y nuevas amenazas para la salud humana

Tras la relativa *pax epidémica* de la segunda mitad del siglo XX en la que las principales enfermedades infecciosas habían sido realmente controladas, se generó una sensación de falsa seguridad que se vio rota con la aparición del VIH-sida. Y el siglo XXI se inicia como siglo pandémico. En su primera década, la humanidad se ha enfrentado a tres grandes alertas de pandemia: el Síndrome Respiratorio Agudo Severo

o SRAS en 2003, la gripe aviar en 2004 (ambas en la zona surasiática) y la gripe A H1N1 en 2009 originada en México (Domingo, 2009), la primera para la que la OMS ha decretado el nivel 6 de alerta ante pandemias (máximo nivel). Es razonablemente previsible que durante el próximo siglo el ser humano deba responder a nuevas enfermedades y problemas de salud, a riesgos, emergencias y alertas sanitarias internacionales debidas a un creciente número de causas, incluidas las epidemias mediáticas.

Desde una visión panorámica, se puede prever que se producirá una intensificación de los patrones epidemiológicos postmodernos ya descritos que tiende a difuminar los límites entre las distintas taxonomías mórbidas y a multiplicar las interacciones entre ellas (como ha ocurrido con la gripe A, que ha desplazado a la gripe estacional y causado muchos menos muertos). Y que, además, debido a la multicausalidad, introducirá mayor número de interacciones imprevisibles en las relaciones causales entre agentes patógenos y enfermedad. Esto se plantea con claridad a la hora de clasificar los diversos riesgos para la salud humana. Hoy, cualquier *mapa de riesgos* debe interpretarse sin perder de vista que: a) todos los determinantes de la salud están muy interrelacionados entre sí, por lo que cualquier orden entre ellos es necesariamente difuso; b) la desigual distribución social de estos riesgos, ya que aunque el miedo es global, sus consecuencias suelen ser «locales» (a los pobres y marginados les afectan más); y c) que la postmoderna pérdida de control ante la producción incesante de riesgos dificulta la propia investigación sobre esos riesgos y sus efectos.

¿Cuáles serán los determinantes de la salud en el siglo XXI? La principal amenaza para la salud humana en el futuro, su principal determinante, es el propio ser humano. Son nuestras *intensas* maneras de vivir (la intensificación productiva) las principales causantes de enfermedad, el epicentro de todos los determinantes de la salud en las sociedades complejas.

3.3.1. Riesgos derivados de la crisis ecológica

El problema más importante para la salud pública del presente y del futuro tiene que ver con la crisis ecológica, en su sentido más global, el de la crisis de sostenibilidad (Repullo y Segura, 2006) de la especie humana y de la vida en general en la Tierra; la acelerada reducción de la biodiversidad en el planeta es ya un indicador

Salud pública en tiempos postmodernos

de esto. Los efectos de esta crisis ecológica se dejan ver, básicamente, en dos sentidos: la contaminación ambiental y el aumento de la temperatura media del planeta o calentamiento climático.

El modo de producción global del capitalismo postmoderno y su hiperexplotación descontrolada de recursos naturales genera un creciente aumento de la contaminación ambiental (en las ciudades, en las fábricas, las escuelas, las viviendas, los cuerpos...) que está cambiando la composición química de la atmósfera y llegando, incluso, a contaminar progresivamente la herencia genética de todos los seres vivos del planeta. Ya vivimos en un medioambiente saturado de ruidos y olores, de contaminación lumínica y de campos electromagnéticos, de tráfico de automóviles y otros medios de comunicación que contaminan y merman la seguridad de los ciudadanos. Por no hablar de la acumulación de residuos radiactivos a escala planetaria o de la fría y larga mirada del Plutonio de Chernobil, de Fukushima... O de los riesgos derivados de la experimentación con armas químicas, biológicas y nucleares. A su vez, los procesos de producción industrial intensificadora han contaminado toda la cadena alimentaria con los consecuentes riesgos para la salud humana (el llamado mal de las vacas locas fue un ejemplo más que ilustrativo de ello). Los metales pesados (plomo, cadmio, mercurio, etc.) y la contaminación bacteriológica están presentes en toda la cadena productiva (en los procesos de envasado, en los propios envases, en los transportes, etc.)⁹⁷. El suelo, el subsuelo y los acuíferos están envenenados por los fertilizantes químicos empleados en la agricultura intensiva. Todo ello provoca una descontrolada respuesta del sistema inmunitario que se manifiesta a través de numerosas alergias –un fenómeno significativamente postmoderno– y otras enfermedades. A estas alturas del proceso de la civilización, todo el espacio vital humano está lleno de productos contaminantes y potenciales riesgos para la salud de las poblaciones y del medio ambiente.

El calentamiento climático, ya incluso en sus primeras fases, tendrá efectos directos sobre la salud y la vida humana, provocando desastres naturales que pueden propiciar la aparición desde migraciones ecológicas en masa hasta nuevos virus y bacterias resistentes al control y a los tratamientos convencionales (Ramis, 2007). Un ejemplo extremo pero elocuente es el deshielo, que podría conllevar otros riesgos

97 En 2008 se produjeron 2.693 alertas de productos no comestibles. (Instituto Nacional de Consumo, 2009). En mayo de 2011 nos hemos sobresaltado con la «crisis del pepino-soja».

distintos al descontrol de la temperatura global del planeta; podría poner en circulación microorganismos que llevan miles de años congelados o vivos en dicho medio, sin haber entrado nunca en contacto con el ser humano, lo que, de ocurrir, podría suponer una nueva fuente de enfermedades desconocidas. Tampoco sabemos cómo reaccionarían al aumento de la temperatura los microorganismos patógenos conocidos ni por tanto qué *biomutaciones* veremos en el futuro.

El «efecto mariposa», tan común a todas las teorías de la complejidad, prevé que las consecuencias de la crisis ecológica pueden ser desastrosas por sus efectos en cadena y por lo impredecibles que resultan a priori. Esto sí lo sabemos, aunque pareciera que no sabemos muy bien qué significa. Y los políticos, aunque lo saben, no hacen nada para evitarlo⁹⁸. Como vemos, un mayor conocimiento no asegura un mayor control y seguridad. La crisis ecológica global es un ejemplo paradigmático del desfase entre el nivel de conocimientos y su utilidad, entre *las palabras y las cosas* en las sociedades del riesgo.

3.3.2. Riesgos relacionados con la globalización

Es obvio que la globalización, con su ruptura de fronteras, universaliza los riesgos. La aceleración de las migraciones a escala global, la explosión de mercados y su consecuente circulación de mercancías, la colonización biológica a escala planetaria de especies vegetales y animales... conllevan riesgos para la salud pública porque aparecen tanto nuevas enfermedades como nuevas formas de propagación. Pero además, la globalidad, hace muy difícil la articulación de respuestas eficaces para enfrentarse a ellas. La salud pública internacional tiene problemas para localizar los riesgos y hacerlo a tiempo, para establecer un seguimiento controlado de los mismos y para tratar de minimizarlos debido a la altísima movilidad que caracteriza al mundo global. Por ejemplo, con poblaciones de temporeros migrantes (contratados allí donde hay trabajo en un mercado global) o con los turistas internacionales («coleccionistas de destinos») emigran las enfermedades a la vez que escapan al control sanitario. ¿Cómo y dónde poner en marcha actividades preventivas?, ¿cómo llevar a cabo adecuadamente los programas de vacunación? Sabemos que muchas

98 El resultado (fracaso) de la cumbre de Copenhague (Diciembre 2009) es una evidencia de ello.

Salud pública en tiempos postmodernos

poblaciones de origen subsahariano que llevan años viviendo en Europa y otras zonas del planeta y sus descendientes han perdido inmunidad frente a la malaria y otras enfermedades endémicas en sus zonas de origen. ¿Cómo afrontar este reto sanitario? ¿Cómo controlar la seguridad sanitaria ante la incesante entrada de productos fabricados en los mercados asiáticos y otras «fábricas del planeta»? La globalización implica una pérdida de seguridad sanitaria y por tanto se requiere un incremento del esfuerzo por parte de los dispositivos de salud pública (Scambler et al., 1998). Por ello, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad recuerda en su publicidad que «la salud también viaja». Prueba de estas dificultades que plantea la globalización es la necesaria reactualización llevada a cabo en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, que entró en vigor en 2007 (OMS, 2007).

En suma, la globalización introduce un elemento novedoso y de extrema importancia en el mundo de la enfermedad y la salud pública: la instantaneidad. Instantaneidad tanto del contagio (rápida expansión de las enfermedades) como de las mutaciones de los microorganismos a través de combinaciones o intercambios genéticos de virus y otros agentes patógenos y, a partir de éstas, la aparición de nuevos brotes epidemiológicos. Por ejemplo, por las potenciales mutaciones del virus de la gripe aviar con el virus gripe A H1N1 u otros. El avión nos ha quitado seguridad ante el ancestral miedo a las plagas porque, gracias a él, ahora se expanden de forma instantánea. Los antiguos *biovirus* son ya casi tan rápidos como los modernos *infovirus* gracias a nosotros, al desarrollo tecno-cultural humano que hace que las bioformas (la materia) puedan ya viajar a *velocidad de crucero*. Es la fusión de materia y energía. Una alquimia de la que ya no hay salida.

3.3.3. Riesgos y amenazas relacionadas con la estructura social

El modo de producción postindustrial –y la estructura social, las relaciones y estilos de vida que conlleva– es una fuente permanente de riesgos potenciales para la salud de las poblaciones. En este sentido, en el siglo XXI, continuarán constituyendo amenazas crecientes todo aquello que la literatura sanitaria describe como los *determinantes sociales de la salud*, especialmente los relacionados con el aumento de las desigualdades sociales (Daponte et al., 2008). Las condiciones laborales, el paro, la crisis económica, la accidentalidad, el aislamiento y la exclusión social,

el fracaso escolar, la alimentación y el ocio, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas o adicciones, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la violencia de género y sin género, los embarazos no deseados y las IVE, las conductas nocivas para la salud (sedentarismo, etc.) o los efectos de vivir en ciudades tóxicas van a conformar el mapa epidemiológico de las sociedades globales. Todas estas condiciones sociales de existencia van a plantear al menos cuatro grandes desafíos para la salud pública futura: el reto de disminuir las desigualdades sociales en salud, hacer frente al aumento de los sectores sociales en situación de dependencia y exclusión social, atender la emergencia de numerosos problemas de salud mental (Beirut et al., 2008) y gestionar los niveles de insatisfacción y conflictividad social.

Los riesgos asociados a las desigualdades sociales, se incrementan incesantemente (Navarro y Benach, 1996; Navarro, 2005; Observatorio de la Inclusión Social, La Caixa, 2009), pero además suponen un nuevo desafío por las nuevas formas de desigualdad y sus nuevas fuentes. Sabemos que, por ejemplo, el nivel de renta, por sí solo no es garantía de buena salud (Navarro, 2008). Los viejos criterios basados en grandes grupos o clases no explican bien la relación entre desigualdad social y salud. Distintos estudios empíricos en las últimas décadas han señalado la existencia de un «gradiente social» (Marmot, 2010) transversal a todas las clases sociales. Esto rompe el supuesto de la homogeneidad intragrupos y plantea dificultades para explicar e intervenir en las reducciones de las desigualdades en salud. Si para un mismo nivel de renta, educación, medio ambiente, etc., la probabilidad de enfermar o de tener un nivel de calidad vida adecuado se distribuye de manera muy desigual entre individuos, habrá que buscar otras explicaciones. En la línea de lo que han aportado las distintas oleadas de estudios vinculados al proyecto Whitehall (Marmot, 2010) sabemos que influye más en el estado de salud la percepción de control sobre el propio trabajo y la vida que el nivel de ingresos. Existe una clara relación entre la salud y los niveles de sociabilidad y solidaridad (Marmot, 2010; Navarro, 2005). Los sujetos individuales, atomizados, y con escaso control sobre sus vidas tienen peores niveles de salud. Esa falta de autocontrol de la vida es una de las principales fuentes de mala salud. Esto, por cierto, lo saben bien los epicúreos desde hace milenios: la *ataraxia*, la *imperturbabilidad del alma* ante las nimiedades de la vida, pero también ante las cosas importantes, era para Epicuro la principal fuente de bienestar personal y social. Dos mil trescientos años después, Sir Michael Marmot *et al.* lo han corroborado empíricamente. Por ello, en el futuro, las desigualdades

Salud pública en tiempos postmodernos

en salud no se expresarán tanto en su forma de desigualdades en morbilidad (sea medida a niveles *disease*, *sickness* o *illness*) y de mortalidad sino como desigualdades en información y prevención, la exclusión de la era informacional. Lo que va diferenciar a las personas en el futuro no es tanto las enfermedades que padecen sino la información que tienen de ellas, los riesgos que corren así como la capacidad para la toma informada de decisiones diagnósticas y terapéuticas; y la seguridad derivada de ellas. Hoy, la información es un factor protector de la salud. Pero en ese concepto de «información» no solo entrarán contenidos informacionales *clásicos*. Estar *informados* significará, también, tener una buena *actitud* ante la vida, estar *empoderados/as* frente al destino.

Las amenazas que provienen de la *vida social* afectan también al componente poblacional de cualquier patrón epidemiológico. Los cambios en la estructura familiar y socioeconómica, trastocan el tradicional *statu quo* en los sistemas de cuidados informales, lo que unido al incremento de los índices demográficos de envejecimiento y dependencia ha generado un aumento de las necesidades de asistencia domiciliaria y de apoyo a la dependencia social y a la cronicidad de los malestares. Estamos ante un crecimiento objetivo de la dependencia porque hay más gente con más años y a la vez han aumentado las cosas de las cuales se depende, lo que supondrá la aparición e institucionalización de grupos de presión de la tercera edad («gereontogrupos») y otros sectores sociales organizados para la defensa de sus intereses. Esto implicará un desplazamiento de los esfuerzos en salud pública hacia esos sectores poblacionales, tensando los límites políticos y económicos de los sistemas públicos de asistencia, tanto por el aumento del coste como por el incremento de necesidades nuevas y la lucha por su legitimación social.

El aumento de los niveles de complejidad social es paralelo al aumento de la conflictividad en todas las relaciones sociales. Los servicios sanitarios del siglo XXI tendrán que hacer frente a una creciente demanda para atender a situaciones de violencia social (como problemas de género, explotación empresarial, maltrato infantil y/o filial, etc.). Serán servicios públicos «tranquilizantes» (Irigoyen, 2004). Y los problemas de salud mental constituyen una de las patologías de creciente importancia en los países desarrollados generando una importante demanda de atención en los servicios sanitarios y sociales. Por tanto, serán uno de los grandes retos de la salud pública del futuro (de Miguel, 1999). Volveremos a este tema en el epígrafe siguiente.

3.3.4. Riesgos relacionados con el mundo microbiano

En relación con el «mundo microbiano», según la OMS hoy continúan siendo amenazas para la salud pública mundial, entre otras, la gripe aviar, la poliomielitis y la tuberculosis extremadamente farmacorresistente (XDR, en sus siglas en inglés). La amenaza futura más temida, no obstante, sigue siendo la gripe pandémica (OMS, 2007). El virus de la gripe es uno de los virus de mayor capacidad para mutar y sus reservorios naturales se encuentran en las aves silvestres que pueden fácilmente entrar en contacto con aves domésticas y extender el contagio. La altísima concentración de animales en los criaderos de producción intensiva de cerdos y gallinas es un caldo de cultivo para la potencial probabilidad de mutaciones (especialmente en el sudeste asiático por la alta concentración de este tipo de biofactorías, la alta densidad poblacional y el contacto permanente de personas y animales). Estos criaderos pueden funcionar como grandes factorías para la síntesis de nuevas cepas gripales. Se trata, por tanto, de una amenaza más que real y potencialmente muy patógena, grave y peligrosa.

El proceso de selección cultural ha llegado ya al mundo microbiano. La «presión evolutiva» que sobre los microbios ejerce la tecnología humana los somete a un proceso de evolución acelerada, adaptando su virulencia, vías de transmisión y farmacorresistencia. La citada tuberculosis XDR constituye un ejemplo paradigmático; el mal uso de los antibióticos también hace más resistentes a los microorganismos. Además, el medio ambiente físico, hoy *socializado*, está repleto de agentes mutagénicos, es decir, que provocan mutaciones en los microorganismos (por ejemplo, los rayos X, los rayos ultravioleta o ciertos agentes químicos) (Soutullo, 2009). La manipulación del mundo de los microbios (materia orgánica) y el mundo de la química (materia inorgánica), y la mixtura entre ambos órdenes que anuncia la convergencia tecnológica NBIC, se han convertido en una fuente de riesgos imprevisibles para la salud colectiva. A lo que habría que unir la posibilidad de mutación de microorganismos para su uso en ataques biológicos (bioterrorismo). El miedo a la vuelta de la viruela, es el mejor ejemplo.

Nunca podremos protegernos suficientemente bien frente a los microbios ya que su ventaja evolutiva, su capacidad de adaptación, es infinitamente mayor que la del ser humano (OMS, 2007). Y si nunca estaremos suficientemente

preparados frente a estos microorganismos «naturales», mucho menos lo estaremos frente a las mutaciones del mundo microbiano inducidas por nosotros mismos o frente a los posibles «nanobts» asesinos del futuro que anuncian las biotecnologías.

3.3.5. Riesgos relacionados con los sistemas sanitarios

Los sistemas sanitarios son uno de los grandes grupos de determinantes de salud de las poblaciones, y sus efectos se dejan ver en el nivel de cobertura de las necesidades de salud que consiguen alcanzar. La crisis económica y el aumento de las desigualdades sociales pueden suponer un riesgo en la garantía de algunos servicios y/o dificultades de acceso.

Pero quizá, sean las prácticas iatrogénicas que los propios dispositivos sanitarios generan (Illich, 1978) la mayor preocupación en términos de determinantes de la salud. Por ejemplo, la morbi-mortalidad relacionada con la medicación se considera ya un problema de salud pública que genera ingresos hospitalarios, aumento de costes, o, incluso, que miles de europeos mueran al año como consecuencia de la resistencia a los antibióticos (Gervás, 2009b). O el efecto intensificador de la morbilidad que tienen los sistemas sanitarios a través de algunos instrumentos como la «cartera de servicios», que contribuye de manera importante a generar la propia demanda de servicios que, una vez ofertados, siempre encuentran consumidores. Por otra parte, la hiperespecialización y la proletarianización de las clásicas profesiones sanitarias (Guillén, 1990; Rodríguez, 1992:), junto con la proliferación de nuevas profesiones y actividades en el campo, han generado un enorme aumento de los «enfermólogos» (tanto oficiales como *alternativos*) cuya existencia, per se, ejercerá una presión inflacionista que conllevará un aumento de las enfermedades. Por último, la falsa seguridad, los problemas estructurales político-económicos y/o la bajada de la guardia por parte de los sistemas sanitarios podrían hacer aparecer en forma de enfermedades reemergentes viejas amenazas ya controladas, como ocurrió entre 2003 y 2006 con la propagación internacional del poliovirus (OMS, 2007, p. 57). Por lo que, «por omisión», los servicios sanitarios también pueden generar efectos perversos.

3.4. Las tribulaciones emocionales narcisistas

Es la falta de amor la que llena los bares.

La cabra mecánica

La psique, sus problemas y su relación con los estados de salud había permanecido hasta ahora como territorio por explorar a fondo para la biomedicina, a pesar de una larga tradición médica que reconocía la importancia de la mente para la salud del cuerpo (la vieja medicina hindú, la medicina griega o el propio Avicena, que tanto insistió en la importancia de la estabilidad psíquica para la buena salud y que fue ignorado durante casi mil años). La medicina occidental, hasta que Freud abrió la puerta a principios de siglo XX, no entró de lleno en ello. Hoy, la biomedicina se ha lanzado a la conquista de la *dimensión «psi»* del sujeto. Tanto, que la mayor parte de los trastornos psíquicos tratados en la actualidad son de tipo narcisista, es decir, *tribulaciones emocionales* de sintomatología difusa, sensaciones *emics* de malestar, que se manifiestan como desordenes imprecisos e intermitentes y que no encajan bien en la matriz biomédica.

Las principales causas de esta situación tienen que ver con el modo y el ritmo de vida contemporáneo (Teghtsoonian, 2009). La flexibilidad (o inestabilidad) moderna, especialmente la laboral, sitúa al individuo en un espacio de inseguridad permanente que genera ansiedad y estrés y conduce a la corrosión del carácter (Senett, 2006)⁹⁹. Pero también el aumento de las exigencias individuales en pos del *bienestar total* hace que los grandes continentes inexplorados de la psique y de la subjetividad narcisista cobren un nuevo sentido. Estas aspiraciones, muchas veces frustradas, han hecho florecer una cultura de la victimología que genera neurotismos (Bruckner, 2005) que agrandan sin fin, con razones o sin ellas, el umbral de estas *desesperaciones* variadas. La crisis de las identidades de género, uno los *géiseres* más activos en la generación de malestares *psi*, también contribuye significativamente a la intensificación de estos estados de entropía difusa. Hasta ahora han sido las mujeres las que han hecho un mayor uso de los servicios de salud mental (Emslie, 2002; Romo y Gil, 2006; Gerritse, 2009). Tiene lógica. El campo sanitario, a través de psicólogos y psiquiatras,

⁹⁹ Por ello, los desordenes de la segunda globalización, que ya estamos viendo con la crisis económica desatada por el neurotismo de la bolsa y de los mercados, conducirán a un aumento de los problemas de salud mental en el futuro.

Salud pública en tiempos postmodernos

ha asumido las funciones, tradicionalmente en manos del campo religioso (los confesionarios de la Iglesia), de encauzar el «malestar de las mujeres» que una sociedad basada –precisamente– en las diferencias y las desigualdades de género sigue sin resolver plenamente. Aunque es razonable esperar que a medida que las desigualdades de género se vayan diluyendo, será mayor el número de varones que entren en esta espiral psicologizadora; sobre todo ahora que con tanta frecuencia a las máscaras masculinas (Gil-Calvo, 2006) se les corre el maquillaje y quedan demacradas.

Todo ello, lo que pone de manifiesto es la somatización creciente de un sin fin de problemáticas sociales: desempleo, acceso a recursos, vida familiar, situaciones de duelo, amores y desamores, desencuentros con el sistema escolar, síndrome postvacacional y, en general, ese «no me siento realizado/a» tan propio de nuestro tiempo. Una somatización que, previamente, ha requerido la «normalización» de la expresión de los malestares psíquicos; las emociones, incluidas las neurosis, han salido del armario. Ahora, tener psiquiatra, psicólogo o psicoanalista es un símbolo de estatus entre ciertas clases medias. Lo llaman terapeuta, más técnico y menos marcado socialmente en tanto que médico de «locos» o de los «nervios» (*las palabras y las cosas*). Y esta normalización ha sido tal, que ha inundado de malestares psíquicos todos los espacios de comunicación pública (TV, redes sociales, instituciones públicas, etc.). Una experiencia cercana a la pornografía *psi*. Hasta ese punto se ha legitimado que Narciso, como primer tenor, exprese los dolores de su *maltrecho* yo. Pero además, la manipulación biotecnológica de la *materia gris* ha aumentado el interés científico por las cuestiones *psi*, a las que ahora la ciencia puede entrar sin necesidad de pasar por la puerta *soft* de lo emocional, sino con el pase de gala de lo fisio-neurológico. Las emociones obtienen el estatus técnico de síntomas, lo cual les otorga una patente de curso para circular legítimamente por el campo biomédico. Esto ha contribuido enormemente a su legitimación y normalización social. Con todo ello, hemos entrado en un proceso de psicologización (Álvarez-Uría, 2005) creciente del ser humano, es decir, una búsqueda sin fin en los interiores del yo. Un yo, recordemos, que previamente hay que inventar para luego buscar. ¡De locos, esto es de locos!

Y las consecuencias de estos nuevos *problemas de salud* de las poblaciones se deducen fácilmente: sobrecarga de los profesionales sanitarios, insuficientemente formados y con poco tiempo disponible para abordar estas cuestiones; medicalización de la vida de las personas como remedio para curar males sociales; y, consecuentemen-

te, aumento innecesario del gasto sanitario y merma en la calidad de los servicios. Un cóctel en el que una Atención Primaria de Salud, desbordada por una demanda que la sobrepasa, acaba generando el efecto perverso de inducir y/o retroalimentar estas problemáticas. La nueva salud pública, por tanto, se verá abocada a intervenir sobre las variables sociales y simbólicas (postmateriales) que provocan gran parte de los problemas de salud mental, y para ello deberá reorientar y preparar a los servicios sanitarios (especialmente los de Atención Primaria), aportando esquemas de salida de esta crisis de las emociones que no sean exclusivamente farmacológicos.

La entrada en escena del *mundo psi* en el campo de la salud pública constituye un hecho netamente postmoderno, muy propio de las sociedades postmaterialistas y de la era de los determinantes simbólicos de la salud. Y este nuevo *statu quo* es paralelo a un retroceso de la sintomatología de las *neurosis clásicas*, lo que constituye un nuevo ejemplo de constructivismo¹⁰⁰.

3.5. Las mil y una morbilidades potenciales

La explosión semántica descrita en los conceptos de salud y enfermedad es paralela y convergente con una «explosión empírica» de la morbilidad real, objetiva; es decir, las enfermedades que se diagnostican, se padecen, se tratan y se estudian. Como consecuencia, las posibilidades de enfermedad y aflicción son hoy infinitamente mayores que en cualquier otro momento. En el mundo actual, en potencia, todo (casi cualquier cosa) podría ser codificado como agente patológico, como estado mórbido o como factor de riesgo para la salud. A ello hay que sumar que estos procesos de intensificación mórbida tienen un efecto importante en la co-morbilidad, que está cada vez más presente y aumenta en todos los problemas de salud. Y esta convergencia conceptual y empírica (mil argumentos etiológicos, mil manifestaciones clínicas) nos sitúa en un estado de potencialidad explosiva. El campo de la morbilidad se ha convertido en algo parecido a una gigante roja¹⁰¹.

100 En general, el campo de la salud mental (la psiquiatría y la psicología, como maestros de obra), constituye un ejemplo paradigmático de cómo las definiciones de normalidad y patología se construyen socialmente. Cada época histórica construye sus propias neurosis (Martínez-Hernández, 2000).

101 Una gigante roja es una estrella en estado de máxima expansión, previa a su explosión y conversión en supernova.

Salud pública en tiempos postmodernos

Las causas de esta potencialidad mórbida, sintetizando lo dicho, tienen que ver con los modos de producción de la vida social, sus riesgos y la creciente modificación del entorno a que ha dado lugar el ser humano. Pero el aumento de las potencialidades mórbidas se debe también a un *efecto nominalista* y al giro tecnológico dado por la mirada médico-sanitaria. En el primer caso, hay que recordar que los cambios conceptuales son reflejo y a su vez tienen consecuencias sobre las morbilidades empíricas. Estamos ante una compleja relación de retroalimentación en la que las etiquetas no son mero reflejo de la realidad, sino que, mediante un «efecto nominalista», ellas mismas contribuyen a crear la realidad que nombran. En el segundo lugar, hay que tener en cuenta que la tecnología y la revolución en los campos del saber han hecho que las enfermedades se detecten más y se vean mejor. La informática, las TIC, la epidemiología, la estadística y las ciencias sociales, con sus análisis multivariantes y sus correlaciones estadísticas han permitido un extraordinario refinamiento en los procesos de detección y diagnóstico y un aumento en la precisión de las atribuciones causales o etiológicas¹⁰². Pero también, a más gatos más ratones, la mayor capacidad científico-técnica del aparato de salud pública, la mejora de los instrumentos de medida, tiene su correlato en un incremento de las *enfermedades* existentes. Las nuevas tecnologías han cambiado la mirada médico-sanitaria; ahora vemos de distinta manera, pero también vemos más y mejor. Un ejemplo ilustrativo es la actual capacidad de observación de las enfermedades genéticas, que permite tanto el descubrimiento de enfermedades desconocidas como la manipulación y el control de otras. Y, a la vez, también son más potentes los sistemas y redes de alerta y respuesta inmediata internacionales, tanto los coordinados por la OMS (GOARN y ChemiNet son ejemplos de ello¹⁰³) como otras acciones impulsadas desde la sociedad civil y desde el mercado (*Google health*, por ejemplo).

El resultado de todo este proceso es una intensificación en el campo de lo mórbido; ha aumentado el número de enfermedades realmente existentes y potencialmente reales. Y la definición de lo que sea «real», al menos en un importante *porcentaje de varianza*, va a depender de las decisiones que se tomen, de los consensos que logren imponerse y de la gestión que se haga de la información científica disponible. ¿Es

102 Se trata de aumentos en la *fiabilidad* de los conocimientos médico-sanitarios. No tanto en su *validez*.

103 GOARN es la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes y Cheminet es el elemento esencial del Sistema Mundial de Alerta y Respuesta ante Incidentes Químicos.

real la fibromialgia?, ¿es real la agorafobia?, ¿y la anorexia y la bulimia?, ¿es real la gripe A?, ¿son peligrosas las antenas de telefonía móvil?, ¿es real la aracnofobia? En síntesis, el umbral de lo patológico ha bajado y es muy fluctuante. Y a medida que estos riesgos van adquiriendo el estatus requerido para ser considerados «oficialmente» como enfermedades o riesgos colectivos se incorporaran a la nueva agenda de potenciales intervenciones en salud pública. Mil y una morbilidades potenciales que, como las *meigas*, aún sin creer en ellas, haberlas *haylas*.

4. Las transformaciones en el eje «población-territorio»

La complejidad social de la postmodernidad implica un nuevo estatus y un nuevo sentido de los elementos «población» y «territorio» para los dispositivos de salud pública. La crisis en los campos del saber, los nuevos significados de las *cosas* relacionadas con la salud y la enfermedad y las nuevas morbilidades hay que ponerlas en relación con las poblaciones a las que se dirige todo esfuerzo salubrista y con los espacios o contextos en los que éstas se desenvuelven. Veamos las principales líneas de transformación del eje población-territorio.

4.1. El problema de la superpoblación mundial

La biosfera ha sido forzada más allá de su capacidad para contener humanos.

Brian Fagan

La revolución industrial supuso un importante cambio en la tradicional relación entre producción y población. Hasta ese momento, en todas las sociedades humanas, un incremento de los rendimientos de la producción iba acompañado de un relativo crecimiento poblacional. A más comida, más gente¹⁰⁴. Éstas eran, simplificando, las

¹⁰⁴ Independientemente de que, por otro lado, las altas tasas de mortalidad general y mortalidad catastrófica (guerras, epidemias) mantuvieran las poblaciones a un ritmo de crecimiento natural o vegetativo muy bajo.

Salud pública en tiempos postmodernos

hipótesis que, entre otros, Karl Marx o Thomas Malthus, barajaban en el siglo XIX para analizar, aunque desde puntos de vista muy distintos, la evolución poblacional. La ley de Malthus, además, postulaba que la población siempre crece de manera geométrica mientras los recursos tienen un crecimiento aritmético, lo que, a la larga, llevaría a una situación catastrófica de extrema pobreza. Ambos se equivocaron. Lo que ocurrió fue un fenómeno radicalmente nuevo: los incrementos productivos y las nuevas formas de vida y valores culturales a los que dieron lugar, (incluidos los nuevos modos de contracepción), generaron un aumento sin precedentes del nivel de vida que, a medio plazo, no fue acompañado de un aumento sino de una disminución de las tasas de natalidad. Pero además, las nuevas condiciones sociales de existencia conllevaron un notable descenso de la mortalidad. Ambos fenómenos combinados en el tiempo fueron los responsables de la denominada «explosión» demográfica, una de las fases más marcadas de la transición demográfica (Pressat, 1987)¹⁰⁵.

Ni Malthus ni Marx fueron capaces de hipotetizar el descenso de la natalidad porque analizaron el nuevo fenómeno industrial a la luz de evidencias, marcos teóricos y conceptualizaciones preindustriales. Por ejemplo, no tuvieron en cuenta el importante papel de la tecnología. Sin embargo, al analizar la evolución del crecimiento poblacional desde entonces, sí podemos extraer la conclusión de que la extensión a nivel global de un mayor desarrollo social, económico y político tendería a la autorregulación de las poblaciones mundiales. Y, de hecho, así ha ocurrido: a medida que otras zonas del planeta se han ido desarrollando han adoptado patrones demográficos similares a los de los países desarrollados. Este hecho pone de manifiesto y refuerza, una vez más, que la evolución *natural* del ser humano es la evolución cultural. Las gacelas o los bonobos regulan sus poblaciones en función directa de la disponibilidad de alimentos; los seres humanos no¹⁰⁶. La transición demográfica supuso un punto de intensificación en el proceso de selección cultural que guía la evolución de la especie humana porque permitió a la humanidad duplicar su esperanza de vida en un corto periodo histórico.

105 Es evidente que el descenso de las tasas de natalidad se produjo a un ritmo más lento que el descenso de las tasas de mortalidad. Este desfase temporal, unido a una notable mejora de la salud pública, fue lo que permitió la «explosión» demográfica.

106 Desde el neolítico funcionó *relativamente* lo de «a más comida (producción), más gente», desde la revolución industrial ya nunca volvería a ser así.

Sin embargo, a pesar de que los temores de Malthus no se cumplieron, el tipo de crecimiento poblacional, su distribución de acuerdo a la mundialización de la economía que generó la revolución industrial y su constante incremento desde entonces hasta la actualidad nos ha llevado a una situación difícil en términos de *ecología humana*. El número de seres humanos sobre la superficie del planeta es hoy muchísimo mayor que en cualquier época anterior. Desde el inicio de los primeros Estados, hace unos 4.000 años, hasta la era cristiana la población pasó de 85 a 225 millones aproximadamente (Harris, 1997). A principios del siglo XVIII había en torno a unos 650 millones de habitantes en la Tierra (Livi Bacci, 2008); en la actualidad su número supera los 6.700 millones (ONU, 2007). ¡Diez veces más en solo dos siglos!

Y estas tendencias se incrementarán en el siglo XXI, que avanza hacia un patrón demográfico global. Según estimaciones de la ONU, para el año 2050 se prevé un crecimiento poblacional de unos 2.500 millones, lo que situará la población mundial en unos 9.200 millones de personas (ONU, 2007). Otras previsiones superan bastante esa cifra¹⁰⁷. En cualquier caso, sea cual sea la cantidad, este fuerte crecimiento se producirá sobre todo en las áreas del planeta menos desarrolladas, para las que se espera una población en torno a los 7.900 millones a mediados de siglo. En las zonas más desarrolladas la población se mantendrá alrededor de unos 1.200 millones, debido a la migración neta desde las áreas menos desarrolladas, que se prevé tenga un flujo anual de unos 2.300.000 personas a partir de 2010. Las poblaciones de las sociedades desarrolladas tienden a un estancamiento de su crecimiento (no superan la tasa de reproducción o de reemplazo). Sin embargo, los pobres, necesitan invertir en muchos hijos como estrategia de supervivencia presente y futura de los padres, de las familias, de los grupos sociales. Resulta evidente que esta desigual distribución del crecimiento poblacional en el planeta conllevará importantes problemas político-estratégicos. Avanzamos, por tanto, hacia una situación de superpoblación global políticamente problemática y difícilmente sostenible en términos ecológicos.

¹⁰⁷ Aquí nos encontramos también el problema de la construcción social de los datos: todas las proyecciones manejan un conjunto de hipótesis (y las hipótesis se basan en marcos teóricos, en miradas paradigmáticas) lo cual genera variedad de interpretaciones acerca del «futuro». Cualquier proyección científica conlleva siempre algo de arte adivinatoria.

Salud pública en tiempos postmodernos

En perspectiva global, y a pesar del incremento de las desigualdades en el mundo, la humanidad ha conseguido que casi todos sus nacimientos sean válidos, que las personas vivan más tiempo y mejor y que los que enferman sanen con una mayor probabilidad. Sin embargo este dato positivo es un arma de doble filo que plantea un serio riesgo: *morir de éxito reproductor*. Pero no solo por el número absoluto de individuos humanos poblando el planeta (ya en sí problemático), sino porque esas personas han adoptado patrones de consumo devastadores a nivel medioambiental. Una espiral de hiperconsumo «social» (ostentoso) extendido a nivel global que se acerca peligrosamente a los límites de la insostenibilidad. La tensión entre calidad de vida e intensificación productiva tiende, por tanto, a ser explosiva. Si el ritmo de crecimiento no se controla, y aunque se haga, planteará la necesidad de intensificar aún más el sistema productivo. Los dos caminos posibles son inciertos. Uno, continuar esquilmando el 40% de la masa terrestre del planeta aún virgen (Silver, 2007) hasta el agotamiento final; el otro, incorporar la biotecnología al proceso de producción agrícola y cárnica, y a la creación y perfeccionamiento de piscifactorías. En ambas direcciones estamos caminando en estos momentos. Pero, ¿son estas tendencias sostenibles? Probablemente no sin un esfuerzo paralelo por contener la superpoblación global en el siglo XXI.

La población, la razón de ser de la salud pública desde sus inicios, deviene problemática en el siglo XXI. La gran paradoja para la salud pública contemporánea radica en que la «población» se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo para la salud de las poblaciones. A semejante realidad tautológica nos ha llevado el desarrollo económico y social, especialmente la mejora de las condiciones de vida, la mejor atención a la salud y al bienestar y el extraordinario crecimiento de la esperanza de vida de la especie humana. Y, por tanto, una manera de asegurar la salud de las poblaciones será, precisamente, controlar y reducir esas poblaciones. Lo que supondría un enorme giro histórico en la tradicional filosofía pronatalista de la salud pública: pasar del *descubrimiento* de la población como recurso, al descubrimiento de la población como problema. Esto supone una crisis de las ideas mercantilistas poblacionales en vigor desde el siglo XVII que defendían el crecimiento de la población como garantía de la *riqueza de las naciones*. Hoy, el exceso de población podría ser contraproducente para la especie en términos globales.

4.2. La creciente heterogeneidad poblacional: de la población a las poblaciones

El concepto de «población» manejado tradicionalmente por la salud pública en tanto que objeto de intervención era un constructo teórico de amplio espectro, que hacía referencia no solo a personas sino también a ámbitos o espacios e instituciones específicas (escuelas, barrios marginales, fábricas, prisiones, comercios, etc.)¹⁰⁸. Un todo amplio, difuso y fragmentable, pero un todo al fin y al cabo. La población debía ser un todo como supuesto ontológico de partida, en consonancia con las necesidades de un Estado y un mercado que necesitaban ciudadanos y consumidores homogéneos. De hecho, uno de los objetivos no explícitos de las estrategias de educación sanitaria ha sido siempre tratar de homogeneizar ese todo a través de campañas informativas y otras estrategias de intervención social orientadas a la estandarización de actitudes, valores y prácticas sanitarias poblacionales. A la salud pública le venía bien la homogeneidad porque así sus intervenciones resultaban menos complicadas y costosas. A la vez que se trataba de reducir las desigualdades sociales en salud, o precisamente para ello, era necesario reducir también las diferencias sociales basadas en la variabilidad individual o cultural. Además, la concepción tradicional entendía estos *grandes* grupos sociales (la comunidad, los jóvenes, la tercera edad, las mujeres, los trabajadores del metal...) como inmutables, lo que *garantizaba* disponer de un «objeto» claramente circunscrito y fácilmente abordable, ya que incluso esta circunscripción era también espacial (barrios, zonas, municipios, etc.) y temporal (ayer, hoy y para toda la eternidad). ¿Qué validez tienen hoy estas «grandes categorías poblacionales» para la acción en salud pública? Menguante.

En la actualidad, el concepto población también se ha visto afectado por una explosión semántica que lo dota de una nueva significación, reflejo de la alta heterogeneidad y complejidad poblacional de las sociedades contemporáneas. La población ha pasado de constituir un todo homogéneo a representar una vasta red de microgrupos e individuos con múltiples identidades, fines, lógicas, estrategias, intereses y maneras de concebir y actuar en el proceso de salud-enfermedad-atención. Y toda esa red está atravesada por la variabilidad debida a las desigualdades sociales, que no dejan de

¹⁰⁸ Por ejemplo, la población objeto de intervención de un determinado programa de salud pública podían ser todas las escuelas de primaria de tal o cual provincia, ciudad, etc.

Salud pública en tiempos postmodernos

incrementarse (sea por la crisis económica, por la brecha digital o por el aumento de la exclusión social que está generando el neoliberalismo). Hoy, más que *población*, lo que existen son grupos sociales diferenciados¹⁰⁹ que no se definen ya únicamente por su ubicación espacial ni solo por su posición en la estructura social (nivel económico, clase social, género, etc.); ahora también lo hacen por su e-ubicación, por sus estilos de vida, por el género, por la cultura rural o urbana, por el capital cultural acumulado, etc. La ruptura de la socialización disciplinaria ha potenciado la existencia legítima de numerosas variables o criterios de estructuración social y de generación de identidades flexibles, provocando un afloramiento de *etnopoblaciones* que demandan formas de ver y de hacer diferentes (*Democracia Real Ya!*, por ejemplo) y que obligan a las instituciones de salud pública a modular relaciones diversas y distintas a las tradicionales. Es lo que, en términos de mercado, se definiría como tipologías de clientes diversos. O lo que, Kymlicka (2002) define, en términos políticos, como el reto del multiculturalismo. Y esta alta heterogeneidad se produce aun a pesar del proceso homogeneizador que implica la globalización cultural.

La consecuencia más importante de esta inyección de heterogeneidad es que supone una profunda *recomposición* del puzzle poblacional que implica un cambio en la naturaleza del objeto de intervención, una nueva *espacialización* (la diversidad de los e-espacios, de los flujos) y una nueva temporalización (el *tiempo atemporal*), lo requerirá de los dispositivos de salud pública una amplia diversidad de estrategias de abordaje de la salud colectiva. Será necesario reconceptualizar la población en un sentido demográfico, sociológico y político que tenga en cuenta la actual diversidad y pluralidad poblacional.

4.2.1. El individuo y la polis

Una de las principales fuentes de heterogeneidad de la población radica en los cambios ocurridos en la relación entre individuo y sociedad. De una parte, el individualismo contemporáneo, con sus diversas transformaciones, ha producido un sin fin de identidades «únicas», de personas concretas, que articulan su relación con las institu-

109 Un hecho que es paralelo a la fragmentación de mercados típica del modo de producción postfordista y a la fragmentación de los saberes y las profesiones contemporáneas. En las últimas décadas, los diseños de intervenciones y políticas públicas ya han incorporado esta concepción plural de lo poblacional.

ciones a partir de nuevas formas y valores. De otra parte, esta realidad de individuos atomizados coexiste con la emergencia y el reconocimiento de identidades supraindividuales o colectividades (Taylor, 2003; Kimlicka, 2002). Pero ni las individualidades ni las colectividades postmodernas son contenedores cerrados sobre los muros de un determinado número de variables que circunscribirían su identidad de una vez y para siempre. Ya sabemos que no se trata de identidades rocosas, ni de esencias atemporales como pretenden ciertos idealismos culturalistas y humanistas, por no hablar del idealismo biologicista tan en boga que busca las esencias en los genes. Se trata de identidades y reivindicaciones de naturaleza camaleónica, móviles y contingentes en alto grado, que adoptan roles diferenciados a través de jugadas estratégicas. Son *coyunturalmente* ciudadanos y ciudadanas, usuarios/as, ecologistas, consumidoras, góticos o emos, seres humanos de la era de la información con una creciente autoconciencia de sí mismos y de su relación con el entorno, con un alto nivel de información, un creciente grado de exigencia, con nuevas expectativas frente a los servicios sanitarios y a las políticas públicas de tipo social, reivindicando un tratamiento personalizado, mayor participación en la toma de decisiones y respeto en el trato. Ya no solo a nivel individual (consentimiento informado, por ejemplo) sino con derecho a decidir, sobre cuestiones globales (contaminación, alertas sanitarias, riesgos alimentarios, espacios libres de humo, uso de los recursos, inversiones públicas, habitabilidad de las ciudades, derechos humanos, etc.). La reflexividad acerca de las consecuencias de nuestros actos globales como especie está haciendo que los sujetos sean conscientes del papel *determinante* que estas *cuestiones sociales* (los asuntos de la polis) tienen para su salud. Y en consecuencia, que pongan en práctica nuevas estrategias, desarrollando un papel cada vez más activo en la definición de lo que sea un estilo de vida saludable y en las formas de alcanzarlo y mantenerlo.

4.2.2. Las nuevas edades de las poblaciones

La *conquista del tiempo* por parte del ser humano ha tenido importantes efectos a nivel demográfico y sociológico sobre la estructura y composición de las poblaciones. El tiempo es un constructo abstracto que habíamos operativizado a través de la variable edad, convertida así en el marcador clave tanto para la vida de los individuos como para la configuración de los grupos sociales. En las sociedades contemporáneas se ha producido un cambio trascendental en la conceptualización

Salud pública en tiempos postmodernos

y la importancia de la variable edad. El *biotempo* humano se ha vuelto algo muy complejo y, en consecuencia, la edad ha dejado de ser lo que era.

Desde un punto de vista demográfico, el hecho más significativo es el envejecimiento de la estructura de las poblaciones. Las pirámides poblacionales a nivel global tienden a ensancharse en la cúspide. Para los primeros cincuenta años del siglo XXI, la mitad del aumento de la población mundial se deberá al aumento de la población mayor de 60 años, y aumentarán significativamente también las personas mayores de 80 años, mientras que el porcentaje de menores de 15 años disminuirá (ONU, 2007). En cierto sentido, podríamos hablar de un proceso de «geriatrización» de la especie humana: un crecimiento poblacional que no es debido a mayores tasas de fecundidad y natalidad, ni solo debido a la disminución de las tasas de mortalidad general, sino a la prolongación de la vida de los nacidos, es decir, el incremento de la esperanza de vida de la especie. Y este envejecimiento poblacional es un fenómeno global como lo prueba el hecho de que para 2050 habrá 93 países cuya edad mediana superará los 40 años. Y se espera que la esperanza de vida aumente la media actual de 67,2 años a los 75,4 años en 2050. Estos cambios han propiciado la emergencia de nuevos sectores poblacionales.

Desde un punto de vista sociológico, la edad de las personas ha sido una variable trascendental para la organización de la vida en sociedad (trabajo, ocio, reproducción, participación política...) y para la propia autocomprensión de los seres humanos como sujetos individuales y como seres sociales, ya que los grupos de edad contribuyen a generar identidades sociales. Pero en la postmodernidad, tanto su significado social como la importancia que tienen los grupos etarios en términos de estructura social están siendo redefinidos. El ensanchamiento de la vejez¹¹⁰, junto a la exaltación y sobrevaloración de la infancia y a la eterna juventud convertida en un ideal de vida han producido la «confusión de la edades» (Bruckner, 2005), con lo que se hace posible empezar una nueva vida en numerosos momentos de la biografía personal (tras un divorcio, tras la jubilación, tras la independencia de los hijos o tras un viaje a la India). Hoy es posible «resetear» la biografía. A ello hay que unir que los problemas de competitividad laboral en Occidente como consecuencia de la segunda globalización y la voraz acumulación de beneficios del capitalismo

110 Hace dos siglos la vejez empezaba los 35 años; hoy empieza a una edad biológica muy tardía y dura mucho más tiempo.

han producido una ruptura en el «umbral de fuera de uso» (Bruckner, 2005) de las personas mayores, que continúan siendo útiles para el consumo y para el mercado de trabajo durante muchos más años. De hecho, en Europa ya se está regulando la ampliación de la edad de jubilación.

Hemos tendido a explicar casi todo a partir de la edad. Los grupos de edad han constituido «hechos empíricos» para la ciencia y para el sentido común de la sociedad industrial. Sin embargo, la «juventud», la «vejez», la «adolescencia»... no constituyen grupos sociales en tanto que categorías científicas válidas. La edad no deja de ser una construcción social que hoy está siendo puesta en duda como la variable «soñada» de toda investigación¹¹¹. Pierde su capacidad descriptiva, explicativa y predictiva, lo que se ve con especial claridad en la vacuidad de gran parte de la investigación y su manejo en los «cortes» de la variable edad en los análisis estadísticos. En gran parte de los diseños de investigación del empirismo abstracto no se marcan a priori los cortes o grupos hipotéticos de edad en relación con el tema de estudio o las posibles direcciones de las hipótesis. Es más tarde, en «cocinas», cuando se cortan los datos en función de la «distribución de la muestra», muchas veces más buscando un «valor p»¹¹² significativo, sea donde sea, que un contraste real de hipótesis o una explicación válida y fiable de los fenómenos de estudio. Tanto es así que todo el mundo encuentra asociaciones estadísticamente significativas; en estos diseños lo que suele ser un descubrimiento es, precisamente, la ausencia de significación estadística.

Además, las diferencias de edad se han usado para tratar de cubrir los efectos de una sociedad fuertemente estructurada en clases sociales, desiguales por necesidad del sistema. En otras palabras, el sistema necesita y genera desigualdad pero le «echa la culpa» a la edad. Por lo que la edad ha tenido más un sentido político (Martín-Criado, 1998a) que demográfico. Actualmente, la ampliación de la escolarización (en primaria, bachiller, universidad, doctorados, masters diversos, etc.) ralentiza la entrada de la población más joven al mercado laboral y a las listas del paro, con lo que la edad deja definitivamente de estar regulada por lo *bio* y pasa a manos de la política.

111 La edad suele ser la «variable independiente favorita» de cualquier investigación científica.

112 El valor p es la probabilidad de que los resultados obtenidos sean estadísticamente significativos, o lo que es lo mismo: que puedan ser explicados por las hipótesis manejadas en la investigación y no debidos al azar.

4.2.3. La variabilidad de género

La transformación de las relaciones de género, una de las más perdurables y extendidas formas de clasificación de los seres humanos y de su mundo, y, por tanto, una de las más viejas fuentes de variabilidad poblacional, será problemática. Se trata de una transformación paradójica, es decir, compleja, ya que implica tanto una cierta homogeneización poblacional, (en el sentido de que ahora todos/as somos seres humanos) como una explosión de las diferencias y de las distintas reivindicaciones y legitimidades asociadas a ellas. En cualquier caso, supondrá un nuevo escenario de crisis para la salud pública que, de hecho, ya ha incorporado como una prioridad la disminución de las diferencias de género en salud. Los retos más importantes en el futuro serán la disminución de la violencia de género, la desmedicalización de las problemáticas emocionales tratando, además, de minimizarlas y la reducción de la desventaja masculina en términos de mortalidad.

Pero la pervivencia de las propias identidades de género es, en sí misma, nociva para la salud (Butler, 2008). «Ser macho mata» (Guasch, 2007), en su sentido literal y metafórico, al ir, tal hecho, asociado a una menor esperanza de vida, una mayor tasa de accidentes, mayor prevalencia de conductas de riesgo, mayores niveles de conflictividad en las relaciones personales, una dieta emocional espartana, etc. Y su contrario, «ser hembra», también *mata* (violencia de género, mayor número de psico-problemáticas, importante prevalencia de patologías osteomusculares, sobredosis emotiva, tiranía de la belleza, el burka de los tacones, etc.). La disolución de la variabilidad de género implica y es expresión de una reducción de la desigualdad de género. Aquí van íntimamente unidas diferencia y desigualdad. Es decir, cuanto más marcadas sean las diferencias de género en una determinada sociedad, mayores serán las desigualdades de género, por lo que disminuir las diferencias será también disminuir las desigualdades. En un contexto que tiende a estar cada vez más desgenerizado, la salud pública debería, quizá, asumir el imperativo ético de facilitar el tránsito hacia una *muerte digna* de las identidades de género.

4.2.4. Migrantes globales: la diversidad étnico-cultural

El impacto de la inmigración en los Sistemas Nacionales de Salud europeos no es especialmente significativo en términos de sostenibilidad (Vázquez-Villegas, 2006;

Rivera et al., 2008) dado que, por una parte, las poblaciones migrantes contribuyen al aumento de la caja de la Seguridad Social como las demás y, por otra parte, su patrón de consumo y uso de recursos públicos de salud es similar al de las poblaciones autóctonas (Berra y Elorza-Ricart, 2009; Jansá y García de Olalla, 2004). En términos de salud pública se puede observar algún ligero aumento en las tasas de algunas enfermedades infecciosas (como tuberculosis o sida) o la reaparición de enfermedades reemergentes (importadas). El principal impacto de las migraciones globales en salud pública entra por la puerta de la política, es decir, por los efectos de las migraciones sobre las políticas nacionales, entre las cuales, las de salud son especialmente significativas porque «retratan» a los Estados del bienestar. Y porque se trata de una nueva situación que exige medidas políticas de urgencia (Castles y Miller, 1998) incluso para las intervenciones sanitarias, con lo que están asegurados los conflictos políticos y competenciales entre las distintas administraciones implicadas (Estado, administración periférica, administración local) (Comelles, 2007) y las normativas de organizaciones supranacionales como la UE o la OMS.

En términos poblacionales, las migraciones globales han supuesto la aparición de una nueva *clase social* o grupo poblacional diferenciado, el «proletariado inmigrante» (Romaní, 2002), caracterizado por una serie de procesos interrelacionados de vulnerabilidad laboral, barreras legales, exclusión social y condiciones de vida de tipo «infra» (en relación con la vivienda, la educación, etc.) que dificultan la necesaria responsabilidad para el autocuidado y la protección en salud (Zehraoui, 1997). Son estas dificultades de la vida cotidiana los principales «determinantes» de la salud de las poblaciones migrantes. Imponen lógicas distintas que suelen chocar con las lógicas propias de los dispositivos de salud pública: no se valora la inversión a largo plazo, se vive el momento con escasos elementos de planificación futura, se antepone la necesidad de seguir trabajando ante cualquier otra consideración de salud, etc., es decir, la misma lógica de todos los parias de toda la vida. Además, muchas de estas poblaciones desconocen la labor del Estado del bienestar como redistribuidor de recursos y *limador* de las desigualdades sociales. Y no están educados para decodificar los mensajes de la biomedicina y el salubrismo: eficacia, eficiencia, calidad, racionalidad, promoción, riesgo cero, etc., lo que dificulta las fases de acomodación que en muchos casos pueden durar años¹¹³. A lo que habría que

113 No obstante, *lo acaban aprendiendo*. Conviene matizar este hecho para no caer en esencialismos culturalistas.

añadir que la subestimación de los registros poblacionales dificulta la planificación y la puesta en marcha de programas de salud pública. Esta situación demanda (y demandará) algunas respuestas por parte de los dispositivos de salud pública.

En síntesis, los fenómenos migratorios globales generan una nueva composición poblacional desde un punto de vista demográfico, social, cultural, laboral o religioso que cambia el paisaje urbano. Constituyen, por tanto, un *input* de heterogeneidad y complejidad poblacional en las sociedades receptoras, con importantes efectos a niveles institucionales y políticos. Y, en este contexto, los sistemas sanitarios juegan un papel crucial en la integración social de estas personas porque son uno de los nexos de unión más importantes en la relación entre la sociedad de acogida y los nuevos miembros. A veces, y especialmente en las primeras fases del proceso migratorio, la única¹¹⁴, por lo que los sistemas sanitarios se convierten en un vector de cierta homogeneización y reducción de esta complejidad. Por ejemplo, la Atención Primaria de Salud como estrategia de eliminación de barreras constituye hoy un importante elemento de integración social de los inmigrantes (Vázquez-Villegas, 2006).

4.3. De la *población diana* a las redes sociales

El concepto de población diana (*target population*) se refiere a aquel sector o grupo poblacional al que se pretende llegar como objetivo de una investigación o de una intervención concreta. Estrechamente relacionado con él, surgieron y se consolidaron en la práctica de la investigación y en las estrategias de intervención los conceptos de grupos de riesgo o población de riesgo, que hacen referencia a aquellos sectores sociales que tienen más prevalencia de un problema o mayor probabilidad de tenerlo; y el de vulnerabilidad y población vulnerable para aquellos casos en que los riesgos se concentran sobre los más débiles o afectados. O el concepto de cobertura potencial que se refiere a la población a la que es posible llegar en un periodo de tiempo (Vaquero, 1992). Todos estos conceptos forman parte o circunscriben la definición de población diana.

¹¹⁴ Esto es debido, fundamentalmente, a la universalidad de la asistencia sanitaria y al hecho de que la enfermedad y la incapacidad sean las principales causas para no poder trabajar, que es -no lo olvidemos- la meta principal de estas poblaciones.

Este *kit* conceptual se sustentaba metodológicamente en estrategias de segmentación y fragmentación de los grupos de estudio o intervención y en el establecimiento consecuente de intervenciones diferenciadas para dichos grupos. Aquí late el supuesto de que estos grupos comparten algo importante desde el punto de vista de la intervención. Eso que comparten, básicamente, es la exposición a un/ os riesgo/s y unas determinadas «condiciones de recepción» –o sea, variables como edad, cultura, residencia, valores, estilos de vida, tiempo y espacio, etc.– que se suponen relativamente homogéneas dentro del grupo; la homogeneidad mínima para poder ser definidos como tales «grupos» y no como meros conglomerados azarosos.

Hasta ahora, estas conceptualizaciones han sido herramientas útiles para la epidemiología y la salud pública. En la sociedad informacional globalizada, sin embargo, han empezado a presentar problemas. Hoy resulta difícil que el salubrismo pueda identificar, segmentar y seleccionar fácilmente a sus poblaciones. Ya no está tan claro hacia donde dirigir el tiro. ¿Dónde está el blanco?, ¿existe alguno que se pueda singularizar con claridad?, ¿tiene sentido una idea de centro o blanco en una densa estructura social de redes interconectadas? La naturaleza cambiante de los grupos sociales, la volatilidad de los propios factores de riesgo y de las condiciones de exposición al mismo difuminan la *target population*. En esta mutabilidad ha residido, precisamente, una de las inquietudes sociales más importantes en torno a la gripe A. Con ella se altera algo que era una estabilidad previsible. Se produce el desplazamiento de un *statu quo* epidemiológico en la lucha frente a la gripe estacional: cambian los grupos de riesgo. Ya no se trata de un virus gripe que afecta fundamentalmente –o de manera más importante– a personas mayores, enfermos crónicos, etc., ahora, además, esta gripe ataca a otros grupos poblacionales cualitativamente muy distintos de los anteriores: infancia, jóvenes, mujeres embarazadas y profesionales de algunos sectores públicos¹¹⁵. Una de estas poblaciones de riesgo han sido los profesionales sanitarios, lo que tiene una dimensión simbólica importante. Ahora, los «protectores» (el personal sanitario) son uno de los sectores de «población» más urgentemente necesitado de protección. Los profesionales ya no están simbólicamente inmunizados sino que ellos están más expuestos al mal que el común de los

115 Hoy sabemos que algo parecido ocurrió con la denominada «gripe española» de 1918: la mayor mortalidad se produjo en la franja etaria de adultos de entre 15 y 30 años aproximadamente. Eran grupos deficientemente inmunizados.

Salud pública en tiempos postmodernos

mortales. Las condiciones de la postmodernidad convierten a las poblaciones diana en poblaciones mutantes. Esto quiere decir que las estrategias de segmentación y fragmentación basadas en variables sociodemográficas clásicas y/o en el resbaladizo concepto de estilos de vida no bastan ¿Por qué no bastan?

En primer lugar, porque los fragmentos son internamente tan complejos como el todo, y toda complejidad está plagada de matices. Por ello, será necesaria una «nanofragmentación» que se acerca mucho a la personalización que reclama la cultura del individualismo contemporáneo y encaja muy bien con las tendencias hacia una medicina personalizada que las TIC permiten y el neoliberalismo fomenta a través de la atomización social. Pero, por otra parte –nos volvemos a encontrar con la lógica sintética y disyuntiva postmoderna– también la población es cada vez más global y está expuesta a los mismos riesgos en los mismos tiempos, lo que reclama y legitima abordajes poblacionales al mismo tiempo que adaptaciones individualizadas. Además, los fragmentos interactúan con las propias estrategias salubristas de mil formas: recibiendo y decodificando la información de manera diferenciada –y diferida–, cuestionando al salubrismo y sus etiquetas o planteando alternativas participativas nuevas. No se trata de meros receptores pasivos; estamos en el complejo espacio interactivo de la web 2.0. Y esta interacción, introduce una alta imprevisibilidad.

En segundo lugar, por la ya descrita crisis de las taxonomías. El concepto de grupos de riesgo –o sus distintas variantes políticamente correctas– ha tenido siempre algunas implicaciones problemáticas de orden político-social que se intensifican hoy día y que afectan a la validez científica de tales conceptualizaciones. ¿Son útiles *básicamente* para describir e intervenir?, es decir, ¿son solo una herramienta conceptual y metodológica útil? ¿o sirven más para normativizar (control social), reificando ciertos rasgos sociales y culturales a partir de categorías y prenociones teóricas de políticos, científicos y salubristas? ¿Estigmatizan o *empoderan*? Son desde luego armas de doble filo.

En tercer lugar, porque las nuevas tecnologías han propiciado un gran cambio en las relaciones personales de los seres humanos. Los conceptos de red y de espacio virtual están sustituyendo y/o ampliando los viejos entramados de relaciones basados en la cercanía espacio-tiempo, en los lazos familiares o sociales (escuela,

comunidad, ámbito laboral, etc.), generacionales, de género, etc. por otro tipo de interacción que prescinde o reinventa los conceptos de tiempo y espacio y articula relaciones y redes sociales de otros modos. Con esta explosión relacional los viejos criterios de agrupación diseñados desde las perspectivas *etics* de los profesionales saltan por los aires.

A pesar del énfasis en las estrategias *poblacionales*, el salubrismo no ha cesado de intervenir sobre sujetos individuales («no haga», «no coma», «no fume», «ande», «corra», «beba»...) más que sobre las «estructuras». Por ejemplo, cuando se habla de «captar a poblaciones», se está –implícitamente– dejando claro este enfoque centrado en el sujeto. Las captaciones deberían ser, en todo caso, coyunturales; sin embargo, el *salubrismo cazamariposas* lleva dos siglos captando. Quizá el salto pendiente de la salud pública en el siglo XXI siga siendo ir de la población diana a las estructuras y redes sociales que, al fin y al cabo, es lo que plantea el modelo de los *determinantes de la salud*. Más allá de sus acreditadas utilidades, lo más negativo del concepto de población diana es que supone un obstáculo epistemológico para un enfoque poblacional, sociológico, esto es, que apunte a las estructuras sociales determinantes de la salud.

4.4. Seres bio-tecnológicos

Las nuevas poblaciones a las que se deberá dirigir la salud pública, evidentemente, *tienen cuerpo*. La NBIC nos había dejado a las puertas de un ser humano-crisálida inserto ya en un profundo proceso de transformación. A la vez, ya vimos que en las sociedades actuales, la corporeidad adquiere significados nuevos y especiales (el cuerpo se entroniza). La confluencia de ambas tendencias sitúa al cuerpo humano en una curiosa paradoja biotecnológica: son cuerpos que, a la vez que adquieren una centralidad social enorme, *se perciben* en tránsito hacia una profunda transformación que, a la larga, implicará su propia desaparición («el rey ha muerto, ¡viva el rey!»).

Lo que ha hecho el ser humano desde el neolítico hasta aquí ha sido transformar el entorno para adaptarlo a sus necesidades hasta llegar a la propia construcción de homosistemas. En ellos, con el tiempo y la tecnología aparecieron *máquinas*

Salud pública en tiempos postmodernos

(mecánica, informática, robótica) que hacen con mayor precisión y rapidez un sin fin de tareas tradicionales y otras tantas nuevas, lo que supuso una cierta sustitución del ser humano en muchos ámbitos de la vida. El paso que se está empezando a dar en el siglo XXI es justamente el contrario: transformarnos a nosotros mismos para adaptarnos a los diversos entornos por los que la especie tendrá que transitar.

En una primera fase protésica se ha tratado de trasplantes de órganos o implantación de mecanismos o dispositivos que permiten que mejore la calidad de vida o que incluso ésta pueda continuar un determinado número de años más. Las biotecnologías tienen ya capacidad para remodelar y reconstruir el cuerpo «humano», tanto para la solución de problemas de salud como en aras de la reducción de deficiencias o la ampliación de posibilidades físicas (mediante las prótesis óseas, los trasplantes de órganos, los by-pass, las células madre o la administración de nanofármacos, por ejemplo). O para provocar una ampliación de los sentidos del ser humano (la vista, el tacto...). E incluso tienen capacidad para crear el cuerpo (ingeniería genética, clonación). El control y manipulación de todas las fases vitales de un ser humano (desde la concepción y el desarrollo embrionario hasta los esfuerzos terapéuticos que permiten prolongar la vida) hacen que hoy sea difícil determinar cuando nace o muere un cuerpo físico, dos momentos que hasta ahora eran determinantes, inmutables y de competencia exclusiva de la naturaleza. Pero además, se está configurando un nuevo derecho en torno al cuerpo, el derecho de «transmisión»: nuestros órganos pueden seguir viviendo en otros cuerpos, o podemos dejar tejidos, semen congelado, sangre, células..., de hecho, contamos ya con nuevas instituciones sociales para esta «resurrección» de los cuerpos (*biobancos*), con lo que incluso la muerte ha dejado de ser el fin terrenal del individuo (Juan y Rodríguez, 1994).

En una segunda fase, ya no estaríamos hablando solo de cambios en la «mecánica» del cuerpo. La convergencia NBIC ya opera a nivel cerebral tanto desde un punto de vista anatomofisiológico como cognitivo (los trasplantes cocleares para sordos o los implantes cerebrales en enfermos de Alzheimer son algunos ejemplos). Y ha supuesto también un cambio importante en los algoritmos mentales de percepción del tiempo, el espacio, la velocidad, los contenidos y formatos del entorno, las relaciones sociales, etc. En definitiva, las nuevas tecnologías permiten nuevas maneras de percibir y, sobre todo, de *pensar* (un nuevo *software*), lo que se observa claramente en la «ventaja evolutiva» (desenvoltura con los medios electrónicos e informáticos)

que ya empieza a tener la generación-red, la primera población educada (construida) para decodificar mensajes simbólicos interactivos (Castells, 2008).

Y todo ello, avanza ya hacia una tercera fase en la que el «ciborg», entendido como un compuesto humano-máquina con conciencia de sí mismo (Hacking, 2001; Ferreira, 2008), empieza a constituir una realidad prácticamente inevitable a medio-largo plazo. Entre tanto, no cabe duda que la ingeniería corporal descrita, la instalación de un «nuevo software» para los humanos y la evolución diferenciada de la especie que podría generar la selección y modificación genética darán lugar a nuevas composiciones poblacionales.

Estos cambios tienen, además, importantes implicaciones sociológicas y para la salud pública. En primer lugar, la (re)reconstrucción tecnológica del ser humano mediante la ingeniería genética está desvaneciendo una frontera entre la naturaleza que «somos y la dotación orgánica que nos damos» (Habermas, 2002), hasta ahora constitutiva de nuestra autocomprensión como especie. Con ello, se está sometiendo a la vida humana a un proceso de perfeccionamiento y cosificación, es decir, se está difuminando la diferenciación entre personas y cosas, lo cual supone una importante transformación ontológica que apunta hacia una redefinición la naturaleza humana. El ser humano puede jugar a ser Dios y eso es muy importante en términos de autopercepción (como especie y a nivel individual). Se trata de un cambio psicológico y sociológico que supone un punto de inflexión clave en el proceso civilizatorio: está apareciendo el sujeto-dios (demiurgo), creador de sí mismo.

En segundo lugar, la revolución tecnológica está fomentando nuevas estrategias de adaptación al medio. Los cambios en el lenguaje que usamos para relacionarnos con los demás y con el mundo son un ejemplo ilustrativo de este cambio. Es significativa la rápida y amplia extensión de la expresión «cambia de chip» para indicar que debemos adaptarnos a nuevas condiciones. La adaptación al medio (tan humana, tan antigua) se (re)conceptualiza ahora en clave tecnológica. Ya no se trata de exhortaciones adaptativas de tipo paternalista («abrigate», «no cojas frío», «no te drogues», «conduce con cuidado»...). Los clásicos mensajes educativos de las madres y de los salubristas de la *antigua salud pública* son mensajes codificados para otro tiempo. Ahora se sustituyen por otros que dicen: cámbiate a ti mismo/a. Y en el tránsito del «ten cuidado» al «cámbiate a ti mismo/a» lo que se produce es

Salud pública en tiempos postmodernos

un nuevo desplazamiento estratégico en la relación del ser humano con su medio. Una relación que ahora es más intensa y que viene mediada de otra forma, menos primaria, más sofisticada, más tecnológica y, por tanto, más cultural.

Por último, en el campo de la salud pública, los *juegos* con el genoma humano pueden tender hacia una reconversión de la prevención en «prevención genética». Una tendencia que podría evolucionar en dos sentidos: a) control de la herencia genética, manipulación y eliminación de potenciales riesgos individuales, lo que supondría una enorme demanda social en los países desarrollados de vacunas genéticas embrionarias (Silver, 2007) y b) a más largo plazo, preparar los cuerpos humanos para que asimilen bien la contaminación y otros riesgos, lo que nos acercaría mucho a las puertas del ciborg.

En definitiva, las creaciones científicas y tecnológicas humanas están ya produciendo «seres biotecnológicos». Y en el futuro, toda la *esencia* del ser humano bien podría ser simplemente software (es decir, información almacenada en *un* cerebro). De semejante barro estarán hechos los seres humanos venideros. *Polvo eres, en software te convertirás.*

4.5. Temblores en *Tierra Santa*

Para la salud pública la población ha sido siempre población *con tierra*. Desde el siglo XVIII, la población significaba un «grupo de individuos que viven en un área determinada» (Foucault, 2000a, p. 137), es decir, en un territorio. La circunscripción de un territorio, junto a una lengua y una cultura propia fueron las premisas básicas que permitieron la construcción histórica del Estado, primero, y más tarde, la de los Estado-nación en el siglo XIX. Y estos siguen siendo los supuestos epistemológicos en torno a los cuales buena parte de la teoría y la filosofía política actual pretende fundamentar el concepto de «realidades étnico culturales» (Kimlicka, 2002; Taylor, 2003). Los mismos supuestos de los que la salud pública ha partido hasta ahora para articular sus estrategias de intervención.

Sin embargo, en la actualidad, la transformación del tiempo y el espacio junto con la globalización y la crisis del Estado-nación han implicado una pérdida de sentido de las nociones de «territorio» como espacio físico y «cultura» como espacio simbó-

lico de la nación¹¹⁶. Vivir en un área geográfica determinada es un dato que se ha relativizado por la alta movilidad poblacional. Los territorios se han globalizado, y además son también (o pueden serlo) virtuales (e-territorios), y ambas cosas simultáneamente. En un mundo en el que ha surgido un nuevo actor («los mercados globales») que compra y vende países jugando a la bolsa y en el que la cultura tiende a ser cada vez más global, ¿qué significan territorio, lengua, cultura o historia compartida?, ¿qué valor tienen los criterios geográficos y las culturas locales?, ¿no devienen estos conceptos demasiado pastoriles para tecno-realidades tan complejas?

Además, los problemas medioambientales derivados de las sociedades del riesgo, las posibilidades abiertas al bioterrorismo o el aumento desmesurado de la población mundial llevan a la salud pública del futuro, inevitablemente, a romper con algunos de esos presupuestos básicos hasta ahora. El más importante es el que entiende población como el conjunto de personas «encerradas» en los límites geográficos y culturales del Estado-nación. Otro es el de considerar un referente de administración política a nivel «local» a los países; hoy que vamos hacia una salud pública global. Una de las tensiones clave del mundo global tiene que ver con ese tránsito hacia «sociedades postnacionales» (Beck, 2002). Y esto es lo que está en la base de buena parte de la crisis actual de la salud pública y de sus intentos de redefinición.

La renovación paradigmática contemporánea también contribuye a difuminar los límites del «territorio» y afecta a las formas de concebir los marcos espaciales en los que se circunscriben las «poblaciones diana». Estaríamos en lo que se define en las orientaciones de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para la Ley Estatal de Salud Pública como la superación del «paradigma interior-exterior». Incluso la propuesta de SESPAS va más lejos, proponiendo una *emigración* al «paradigma de salud internacional», en el sentido de «considerar a España como un agente relevante de salud a escala internacional» (Urbanos, 2009, p. 17). España: un agente de salud. Como vemos se trata de un enfoque proactivo a nivel global. Lejos queda la vieja «sanidad de fronteras» diseñada con un espíritu defensivo de corte militar, como defensa de un «enemigo» que llegaba de «fuera», normalmente de allende los mares. Hoy los enemigos son móviles, imprevisibles, invisibles,

116 Kimlicka (2002) emplea «cultura» y «multicultural» en un sentido nacional y étnico: «una comunidad intergeneracional que ocupa un territorio y comparte un lenguaje y una historia».

Salud pública en tiempos postmodernos

virtuales, indetectables o indescifrables, incluso para la mayor maquinaria de conocimiento científico en toda la historia de la humanidad. Y ya no existe un «allende los mares»; esa alteridad potencialmente patológica ha desaparecido, ya no hay un «otros», un «otro nacional» potencialmente más peligroso que nosotros, ni menos. En lo que respecta a la salud pública somos como los Mosqueteros, todos y todas a una. Solo que esta vez todas incluye también al cardenal Richelieu. Vamos en un mismo barco y a los puertos que lleguemos, lo haremos juntos. La postmodernidad ha trastocado los espacios, ya no existe Norte ni Sur. El barco ya es tan grande que ya todo es barco. Hemos creado un «todo global» en el que ya no quedan lados a los que mirar o escapar. Babor y estribor, proa y popa pierden su sentido referencial. Las únicas referencias, todas las referencias posibles, somos nosotros/as mismos/as: la humanidad. Esto es lo que significan expresiones como globalidad de los riesgos, difuminación de las fronteras y similares. Y eso es lo que significa globalización en su sentido más amplio. *One world, just one!*¹¹⁷ Y no se trata solo de una cuestión cognitiva o de un cambio epistemológico: nos va la vida en ello. La espiral autodestructiva nos puede hacer daño. Nadie escapará de los efectos del cambio climático, por ejemplo. Por eso, la salud pública «nacional» es ya un anacronismo que es necesario superar.

Hasta ahora el abordaje poblacional se ha hecho con criterios geográficos. Pero tras la pérdida de sentido de las fronteras geográficas y políticas de los Estados-nación y la fragmentación de legitimidades y responsabilidades a nivel global, las tendencias futuras apuntan hacia una redefinición de las poblaciones según criterios administrativos no territoriales (Wallace, 1998). No se trata ya de acotar una distribución de potenciales o reales enfermedades sobre un *mapa* geográfico o geopolítico de naturaleza fácilmente definible y controlable, con unas distribuciones según grupos de riesgo más o menos estables, con unos códigos culturales conocidos, etc. El modelo cartográfico usado desde el siglo XIX ha perdido hoy buena parte de su capacidad descriptiva¹¹⁸. En la postmodernidad, la sacralidad del territorio se tambalea con la misma ligereza con la que las nubes radiactivas vuelan a merced de los vientos, por lo que, hoy día, todos los ciudadanos y ciudadanas del mundo son «target population» para los dispositivos de salud pública.

117 Aunque a la vez haya miles de mundos contradictorios debido a la simultaneidad de las tendencias globales y locales.

118 Existen, evidentemente, notables excepciones, como ocurre con la gran utilidad de la cartografía sanitaria aplicada a la construcción de atlas de mortalidad (Ocaña-Riola et. al., 2006; 2010).

5. La salud en el ágora: la politización del campo de la salud pública

[...] hay entre [los babilonios] la siguiente [costumbre]: conducen al ágora a sus enfermos, pues es notorio que entre ellos no hay médicos.

Si entre los sanos hay uno que ha sufrido la misma enfermedad que ve que padece el enfermo, o bien la ha visto sufrir a otro, este hombre se acerca al enfermo y le aconseja rectamente, le exhorta a hacer lo que él mismo hizo, mediante lo cuál se salvó de una enfermedad parecida, o ha visto a otro salvarse de ella. Y no les está autorizado pasar de largo junto a un enfermo sin haberle preguntado por la enfermedad que padece¹¹⁹.

Herodoto

El campo de la salud pública no es inteligible al margen de lo político. No lo fue en su origen ni en ningún momento de su desarrollo posterior. No lo es ahora ni tampoco podrá serlo en el futuro. Esto es así, en primer lugar, por la naturaleza del valor salud. La salud es igual a la vida y la vida lo es todo. Y es evidente que aquello que es importante, no puede escapar de la política. En segundo lugar, porque la salud de la colectividad solo es comprensible en su relación con un sin fin de aspectos centrales para la vida en sociedad, tales como el trabajo, las relaciones, la alimentación, la seguridad, la familia, el derecho, el comercio, el urbanismo, etc., todos ellos profundamente atravesados por la cuestión política. Ya lo vio claro desde el principio Frank, el gran impulsor de la «policía médica», al publicar en 1790 su discurso *Sobre la miseria de los pueblos como madre de las enfermedades*. Desde los salubristas del puerto de El Pireo hasta la construcción de lazaretos¹²⁰, desde la reforma social de la Ilustración a las estadísticas sanitarias para el buen gobierno del Estado, la historia nos muestra la inseparable vinculación de la salud pública

119 El pasaje de Herodoto nos aporta una valiosa información acerca de la ingeniosa forma que tenían los babilonios de usar el ágora como «espacio o centro para la salud», o como una «institución de salud pública», si se quiere. Vemos así, que a falta de un sistema público oficial estructurado y organizado, o de una clase médica al alcance de todos los sectores sociales, la sociedad implementa formas alternativas cercanas a una auto-organización prescrita por ley para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad. Eso es política.

120 Los lazaretos fueron espacios portuarios que regulaban, a través de cuarentenas y otras inspecciones médico-sanitarias, la entrada de barcos procedentes de la navegación continental a Europa y otros puertos de mar importantes para evitar el riesgo de propagación de epidemias.

con la política. En la modernidad reflexiva, las transformaciones políticas globales inciden en el campo de la salud pública de manera trascendental, mucho más que en cualquier otro momento histórico, generando un proceso paradójico que intensifica exponencialmente la politización del campo a la vez que se incrementan las pretensiones de las tecnocracias neoliberales por despolitizarla.

5.1. La densidad política de la salud

La salud es un tema de una alta densidad política. En primer lugar, por su importante dimensión cultural. Tras la debacle de los grandes referentes universales, la salud se configura como el «gran valor» preponderante en el panteón de valores del ciudadano medio contemporáneo, la gran aspiración humana. Tener buena salud es lo más importante de la vida porque nos aporta seguridad, es un ancla, quizá la única, que reduce la incertidumbre de la zozobra en un contexto plagado de riesgos volátiles. Y no solo desearla o mantenerla sino hacer un esfuerzo ostentoso por alcanzarla; aparentar ser saludable, como ya vimos, es un valor que confiere identidad (social y política). Este enorme valor simbólico y relacional ubica la salud en el centro de todos los debates; debates que solo pueden ser articulados a través de la política.

En segundo lugar, por la dimensión material y económica del valor salud. Según datos de la OCDE (2008), en los países más industrializados, redondeando cifras, el gasto sanitario se situaba alrededor del 10% del PIB en el año 2006¹²¹. El gasto en salud tiene actualmente una gran importancia tanto para los presupuestos públicos como para los privados. Por eso, los sistemas sanitarios, en tanto que proveedores del maná, son un centro neurálgico en las sociedades desarrolladas. Y la salud pública, por la naturaleza de sus objetivos y funciones, no solo es un consumible más en ese mercado, sino que es una *puerta de paso*, está en una encrucijada clave de expectativas de consumo de bienes y servicios materiales y simbólicos. Es central dentro del *Sistema de Bienestar Total* (SBT) al que aspira la ciudadanía media global, entre otras cosas, porque su *cartera de servicios* es muy amplia y va-

121 El gasto promedio en salud que estima la OCDE es de un 8,9 % del PIB (en Estados Unidos es de un 15%, en Alemania y Francia de un 11%) (www.oecd.org/health/healthdata).

riada (protección, prevención, promoción, asistencia, aspectos psicosociales, etc.)¹²² y afecta a temas muy sensibles (como proteger de pandemias, por ejemplo). Consecuentemente, es un campo atravesado por múltiples líneas de intereses y conflictos políticos por el acceso a los recursos.

En tercer lugar, por el valor propiamente político que ha tenido siempre el campo de la salud pública como estrategia fundamental para la formación histórica del Estado y, en general, como elemento de legitimación política. Y porque, tanto los servicios sanitarios como los de salud pública, han constituido buques insignia de los Estados del bienestar, es decir, se han convertido en instituciones clave en los sistemas de protección social, en la erradicación de la marginación, la exclusión y las desigualdades sociales (Díez y Peiró, 2004). Todas ellas cuestiones fundamentales para la «paz social» y la supervivencia de los propios Estados. Y no solo en la órbita capitalista. Los sistemas sanitarios han sido el gran redistribuidor incluso en los sistemas políticos más liberales y en los países socialistas (Cuba constituye el ejemplo paradigmático). Por otra parte, la permanente intervención política en salud pública desde el siglo XVIII ha sido eficaz: no solo ha conseguido asegurar unos niveles de salud pública más que aceptables sino que también ha consolidado el derecho a la salud como una conquista irrenunciable para la ciudadanía de los países desarrollados, y se ha incrementado su reconocimiento como derecho humano universal (Franco-Giraldo et al., 2008)¹²³.

Además, la salud y la preocupación medioambiental son de las pocas preocupaciones sociales que consiguen hoy movilizaciones políticas de ciudadanos y organizaciones, por tanto, son temas centrales en la agenda de los partidos políticos. De hecho, la salud es un tema «tan democrata» que todo el mundo opina. Y hoy aún más, a medida que aumentan los determinantes de la salud y aparecen nuevos espacios de «e-participación» en la Red. La nueva cultura de la participación conlleva también un nuevo sentido del concepto de participación: un sentido ecológico. Reducir los riesgos ecológicos o morir. En cierto modo, la participación

122 La amplitud y variedad también es debida a la laxitud de los objetivos y funciones de la salud pública, determinados, muchas veces, *ad hoc* en función de contextos políticos.

123 Ya hemos visto cómo en estos momentos, incluso en uno de los países más neoliberales de Occidente (EE.UU.) mantiene como estrategia política clave la universalización de la asistencia sanitaria y un mínimo de protección social en salud.

Salud pública en tiempos postmodernos

en salud se convierte en el paradigma de la democracia y la participación social, ya que no puede haber plena libertad sin salud. Y si no hay libertad no hay democracia. La salud pública se convierte en un derecho político fundamental ya que, ante la crisis ecológica, no es posible hablar de participación política plena si no se tiene capacidad de decisión en las cuestiones de la salud poblacional¹²⁴. Los riesgos globales asociados a la crisis de sostenibilidad ecológica politizan a la salud pública (Palma et al., 2009).

En definitiva, la organización de la atención sanitaria pública es un proceso político, lo que quiere decir que todas las propuestas están mediatizadas por los valores e intereses de los agentes sociales que conforman el sistema sanitario (Sepilli, 2000). Los programas de promoción de la salud sexual, las políticas de reducción de riesgos en drogodependencias, la interrupción voluntaria del embarazo, la investigación con células madre, etc. ejemplifican esta mediación ideológica de los planes y políticas de salud. Además, para muchos grupos sociales, la lucha política por ser definidos como «enfermos» (o sus comportamientos y/o dolencias como enfermedades) ha tenido importantes repercusiones sociales y psicológicas, tanto como judiciales, penales, etc., por ejemplo, para alcohólicos, toxicómanos, etc.). Para muchos consumidores de heroína, ser etiquetados como enfermos –o aún mejor, como usuarios de drogas por vía parenteral– supuso un cambio material y simbólico en sus vidas (Romo y Gil, 2006). Igual ha ocurrido con mujeres con fibromialgia o con el diagnóstico oficial, técnico y socialmente reconocido de «depresión» frente al diagnóstico folk de «estar mal de los nervios». Al menos tiene sentido lo que le pasa a uno/a. Aunque sea solo un «sentido médico». O incluso, mejor por eso. Nos ubica ante los demás en otra posición. Ser un enfermo es más prestigioso que ser un drogadicto, y más digno de ayuda. Y los sistemas sanitarios tienen la facultad de transformarnos en esa categoría mágica de «enfermos».

La crisis política de los Estados, las consecuencias de la crisis económica y los nubarrones que oscurecen los derechos laborales en Europa tenderán a incrementar la densidad política del campo de la salud.

124 ¿Qué decisiones tomamos colectiva y democráticamente respecto a los riesgos? ¿Quién decide los niveles de aceptación?

5.2. La politización del campo de la salud pública

La politización del campo de la salud pública hace referencia al proceso por el cual, a medida que se amplían las cuestiones potencialmente etiquetables como riesgos para la salud o como enfermedades, se multiplican el número de agentes e instituciones que toman decisiones en este campo, las visiones o perspectivas acerca de los problemas y soluciones, los capitales, intereses y objetos en juego dentro del campo, así como las distintas legitimidades que estos agentes enarbolan para justificar su derecho a intervenir en las decisiones colectivas sobre salud. En un contexto así, todas las decisiones son interrogadas (¿calidad?, ¿eficacia?, ¿impacto?, ¿cobertura vacunal?, ¿naturaleza de los riesgos?, ¿lo está haciendo bien la OMS?, ¿es democrática la ley antitabaco?, ¿puede un juez ordenar una transfusión sanguínea?) y, por tanto, el consenso de las partes sustituye, o complementa, al criterio de las autoridades expertas en un ámbito cada vez más amplio de temas o cuestiones. Los asuntos relacionados con la salud están en el ágora, continuamente expuestos al escrutinio público. Y esto implica necesariamente la introducción de la política (y la *micropolítica*) en un campo tradicionalmente considerado de competencia casi exclusiva de las profesiones (Rodríguez y Guillén, 1992), del saber científico-técnico.

Incluso, la actualización del eterno debate en torno al ser de la profesión salubrista, siempre a caballo entre la razón política y la razón científica (Weber, 2007; Benavides, 2008) es un signo de la politización del campo. Los debates actuales en torno a la independencia de los dispositivos de salud pública respecto de la política, reflejados, por ejemplo, en el documento de SESPAS para la reforma de la salud pública en España (Urbanos, 2009) dan cuenta de una puesta en escena de carácter político. El afán por huir de lo político que muestran muchos salubristas tiene que ver con el descrédito de la política formal (la «democracia aparente») y es comprensible como forma de revalorizar las profesiones salubristas y sus funciones, pero ello no anula el carácter eminentemente político de la salud pública. Pretender huir de la política es otra forma de hacer política. Queramos o no, estamos atrapados en las redes de la polis.

En síntesis, politización significa que la lógica de lo político se instala en el campo sanitario y es más importante que la lógica científica. El caso de la pandemia de gripe A ha sido ilustrativo al respecto. En las teorías «conspiranóicas» no suelen aparecer argumentos basados en nociones de biología, medicina o epidemiología. Prevalece un

Salud pública en tiempos postmodernos

hilo argumental exclusivamente centrado en el interés de las compañías farmacéuticas, los supuestos conflictos de intereses entre salubristas y empresas, las trifulcas entre los partidos políticos, etc.; es decir, prevalece la lógica política en la interpretación y análisis de los fenómenos de salud pública¹²⁵. Por ejemplo, con independencia de las opiniones técnicas, avaladas por la OMS y otras organizaciones del ámbito médico-sanitario, en España, desde el principal partido de la oposición se lanzaron dudas sobre la cobertura vacunal que habían establecido los técnicos del Ministerio de Sanidad (prevista para unos determinados sectores sociales expuestos a un mayor riesgo) y se proponía una vacunación masiva. Como vemos, los riesgos sanitarios se tratarán de usar también para la batalla política. Pero quizá el ejemplo más elocuente de la intensificación política del campo de la salud pública lo constituye la estrategia de Salud en Todas las Políticas (STP), al plantear como necesaria e ineludible para todas ellas una reflexión acerca de sus potenciales efectos para la salud de las personas (Stahl et. al., 2006). Es el máximo nivel de politización. Probablemente, llevar la salud a todas las políticas haya sido la primera política sanitaria global del siglo XXI.

Y toda esta politización del campo de la salud se intensifica en el marco de las sociedades globales. Las presiones por la calidad de vida, el incremento y rapidez del número de contactos globales y los riesgos para la salud que implican (por ejemplo, una gripe pandémica instantánea), el papel de la salud como «coartada» para la intensificación del proceso civilizatorio o la *transparencia electrónica* de Internet que hace muy difícil ocultar focos o brotes epidémicos en función de intereses político-estratégicos de determinados gobiernos o corporaciones globales indican que vamos hacia una globalización de la salud y la seguridad sanitaria (Franco-Giraldo et al., 2009). Se está configurando una geopolítica global de la salud. Y en este contexto, los conflictos de perspectivas requerirán cada vez más su abordaje a través de acuerdos y tratados internacionales (globales). Para ello habrá que articular instituciones y organizaciones de carácter global y consolidar el bagaje argumental que legitime las acciones de una posible salud pública global. (La experimentación con armas nucleares ¿es solo una cuestión de política interna de los Estados o se trata de una cuestión clave de la salud pública global?).

125 Y los conspiranoicos no son los únicos «politizados»; la propia OMS, ya en los primeros días de la epidemia, se precipitó a rebautizarla como gripe A H1N1 para evitar que la denominación inicial de «gripe porcina» pudiese afectar a los sectores industriales cárnicos, un serio problema de economía política.

5.3. Biopolítica y salud pública

Siguiendo el más puro estilo de la epidemiología de los *guantes de látex*, la labor de la biomedicina, la epidemiología y la salud pública, de la inseparable mano de la estadística, habría sido la de establecer técnicamente la relación entre riesgos y enfermedades e intervenir en ella. Sin embargo, la salud pública ha ido más allá de una aséptica relación matemática entre la exposición a riesgos y la enfermedad. La epidemiología y la salud pública no se han limitado solo al análisis de estas asociaciones, ni a determinar técnicamente su magnitud. Han formado parte de un vasto dispositivo de control político de la salud e higiene de las poblaciones a través de actividades de prevención, promoción y protección de la salud. Un control de los cuerpos que se extendió también a las «condiciones morales» de las poblaciones. Entendidas así, estas ciencias de la salud constituyen una estrategia de regulación (panóptica) casi total de la vida social.

Ya hemos visto que desde el siglo XVIII hasta la era postmoderna la biopolítica, como parte de una estrategia global de *gobernanza*, ha venido intensificándose. En el campo de la salud pública, la ampliación *ad infinitum* de lo saludable (*todo es salud*) y de lo patológico (la explosión de las morbilidades y los riesgos) conlleva como contrapartida el incremento de las estrategias de intervención sobre cuerpos y almas y de las legitimidades para intervenir. En este proceso, la salud pública y, en general, la institución social de la medicina, se han reforzado como formas de control social y la salud se ha convertido en el gran justificante de la biopolítica. La medicalización de la vida ha avanzado hacia una estrategia más global (Illich, 1978), un control cada vez más intensificado a través de múltiples estrategias *hard* y *soft* de «sanitarización de la vida» a las que ahora se han unido la lógica y los intereses del mercado.

La sanitización de la vida se basa en la re-definición de los problemas sociales como problemas sanitarios, es decir, la regulación biológica y social del ser humano de acuerdo a criterios sanitarios, no solo medicalizantes; no solo farmacopea y no solo profesión médica; el control es más amplio; otras profesiones y otras estrategias también están involucradas. La lógica del campo sanitario invade todos los ámbitos sociales. Las autoridades sanitarias y su lógica *higienista* regulan y pautan cada vez con mayor intensidad las formas de vida, la alimentación, la sexualidad, el ocio

Salud pública en tiempos postmodernos

y el tiempo libre, la salud laboral, la violencia de género, el dolor y los duelos, las campañas antitabaquismo y sus espacios libres de humo o contra el *botellón* y el consumo de alcohol en público, la regulación de las horas de venta, el control de los contenidos televisivos en general y en competiciones deportivas en particular, la cantidad de sal, el porcentaje de grasas saturadas, los dos litros de agua, las cinco piezas de fruta, el pecado de ser sedentarios... ¡Un nuevo Levítico!

Esto supone un incremento del poder de intervención del Estado y, en general, del poder político sobre la vida humana, como atestigua la creciente regulación sanitaria que proporcionan las normativas de la Unión Europea o las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Un ejemplo ilustrativo, fue la intervención médico-política de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para definir y controlar el Índice de Masa Corporal (IMC) con el que podían o no desfilarse los modelos de la Pasarela Cibeles de Madrid en septiembre de 2006¹²⁶ con el argumento de fondo de que los modelos, como iconos sociales, serían un mal ejemplo para otras chicas¹²⁷. Esto generó una polémica importante en los medios de comunicación: políticos, gestores, empresarios, publicistas, diseñadores, las propias profesionales del sector, los colectivos feministas y, probablemente, alguna de las muchas iglesias existentes también intervendría en el debate, o, desde luego, se sentirían legitimados para hacerlo. Mil voces opinando acerca de la correcta masa corporal de las demás. El aumento de las estrategias biopolíticas y su importancia son una muestra del incremento de la politización del campo de la salud. Las intervenciones sanitarias del salubrimo allanan el camino para las intervenciones políticas. Lo sanitario legitima muy bien la intervención («lo hacemos por tu bien») y una vez *dentro*, lo demás es más fácil. Y es evidente que la intensificación de los controles en la postmodernidad requerirá ir más allá de los saberes que proporciona el «arte» de la estadística y la epidemiología. Por eso, las ciencias sociales han tomado ya el testigo, asumiendo buena parte de esa labor de control social.

El control social (el *poder*) como tal es inevitable. Lo que el proceso de la civilización inicia y continúa la biopolítica y la gubernamentalidad es su interiorización a través de las citadas «tecnologías del yo» (Foucault, 2000a). Este estado de control total

126 «La Pasarela Cibeles rechaza al 30% de los modelos por estar extremadamente delgadas» (El País, 07/09/2006).

127 Con esta lógica, si se prohibiera a los pobres desfilarse por las calles, se acabaría con la pobreza.

representa otra situación paradójica postmoderna, en la que los mayores niveles de libertad individual a los que nunca ha llegado el ser humano conviven a la vez con el mayor grado de control social nunca alcanzado, que ahora adopta su forma *self* (autocontrol). A mayor libertad, mayor control. O, en otros términos, más control con menos gobierno (que ahora es autogobierno). El orden de (exo)control panóptico ha sido sustituido por nuevas formas de (endo)control. El sueño liberal hecho realidad. En cierto modo, hoy día nos vemos abocados a luchar, como individuos, contra nosotros mismos como especie. Todo controlado, prescrito y monitorizado. La propia terminología, cuyo mejor ejemplo es el término «monitoriza» (tan al uso en el campo de la salud) expresa esta voluntad de control absoluto, tecnológico y científico. La monitorización es hoy el gran ojo que todo lo ve, el culmen del panoptismo.

¿Qué salida podrá tener esta dialéctica entre control social y libertad individual? No quedarán muchos más caminos que el esfuerzo por compatibilizar razonablemente ambas necesidades. Debemos asumir la inevitabilidad de unos mínimos de control social con sus mutaciones *soft* contemporáneas (tenemos que vivir juntos y solo podemos hacerlo de manera civilizada). De hecho, hoy, la biopolítica junto con la revolución tecnológica, se encaminan hacia la transformación de la especie para una mejor adaptación a las circunstancias actuales y futuras. Pero también habrá que legitimar y defender las crecientes exigencias –más que justificadas– de libertades individuales.

3

Quo vadis, salud pública?

A los mortales no se lo enseñaron los dioses todo desde el principio, sino que ellos, en su búsqueda a través del tiempo, van encontrando lo mejor.

Jenófanes

Las viejas «respuestas» de la salud pública, pensadas en y para un modelo de sociedad industrial hoy en retirada, no se adaptan bien a las condiciones de la modernidad reflexiva. Todos los periodos de crisis requieren el desarrollo de innovaciones que permitan salir del atolladero. Y en todos ellos, la estrategia básica pasa por la mejora de la capacidad de adaptación al medio. Esas posibles innovaciones en el campo de la salud pública vendrán, con bastante probabilidad, de la tecnología, de la mejora de la comunicación y la información y, especialmente, de un nuevo desarrollo teórico. Para ello, los denominados «dispositivos de salud pública» deberán repensar sus funciones, adaptar sus organizaciones y sus prácticas profesionales, resolver los «eternos» problemas de las intervenciones sanitarias e incorporar nuevos paradigmas para el abordaje de los problemas de salud y enfermedad de las colectividades.

1. Los problemas fronterizos del campo de la salud pública

Actualmente, existe un esfuerzo por delimitar tanto el campo de acción de la salud pública como el propio ser de los salubristas y sus competencias profesionales, como forma de revalorizar la salud pública (Segura et. al., 1999; Segura et. al., 2003; Villalví et al. 2003; Segura, 2004; Urbanos, 2009). Ello se debe a que, si bien la transdisciplinariedad supone una gran riqueza teórico-metodológica y es muestra de un esfuerzo lógico por adaptarse a la propia complejidad del objeto de interés, también genera muchos problemas. Entre otros, dificulta la coordinación y, por tanto, la eficacia y eficiencia de las acciones en salud pública, lo que puede suponer un cuestionamiento de la propia misión de las instituciones de salud pública. Y genera conflictos competenciales, solapamiento de funciones y luchas por la apropiación de capital entre los diferentes agentes y especialidades en el campo. De ahí los planteamientos para la creación de una nueva profesión «salubrista» (Segura, 2004), es decir, una profesión socialmente legitimada para el diagnóstico y abordaje de los problemas de salud pública que integre este caos de capitales, competencias y roles.

Sin embargo, todo parece indicar que será difícil que la salud pública llegue a los niveles de especialización propios de otras áreas del saber médico-social. Lejos de ello, hoy se incrementan las indefiniciones fronterizas. La compleja evolución social ha erosionado aún más los límites de la salud pública con otros campos científicos y sociales. Ya no se trata solo de un problema interfronterizo entre medicina individual y salud pública. Otras instituciones y agentes se han afianzado en el campo o han sacado de él algunos capitales importantes (la privatización de los servicios de saneamiento, el traspaso de algunas competencias a departamentos medioambientales y de política social, etc.). Pero hay otros motivos. La multidimensionalidad y multicausalidad de los problemas de salud y enfermedad choca con miradas excesivamente especializadas; y los riesgos globales exigen también conocimientos globales. Además, los servicios sanitarios y los dispositivos de salud pública persiguen objetivos que son cada vez más interdependientes. Por ejemplo, resultará vital en el futuro la colaboración para alcanzar objetivos comunes ante las previsibles campañas de vacunación frente a las alertas epidémicas venideras. La salud pública necesita a los servicios sanitarios (y a los educativos, y a los judiciales... y hasta a la guardia civil de tráfico) para alcanzar sus objetivos; y viceversa (Álvarez-Dardet y

Peiró, 2000). Por su parte, las intervenciones tecnogenéticas tenderán en el futuro a reducir la vulnerabilidad individual a las enfermedades (se podrán prevenir y evitar) y por tanto la variabilidad entre individuos, difuminando así las fronteras entre los conceptos de salud individual y salud pública (Habermas, 2002). Se tiende hacia la construcción de un único y común objeto de interés: las personas, en tanto que individuos socializados. Esta situación obligará a la confluencia de estrategias y métodos de intervención de cara a compartir y optimizar recursos según los principios de las economías de escala, lo que nos alejaría mucho de cualquier pretensión hiperespecializadora. A la salud pública le ocurre como a la ciudad de Jerusalén, nadie puede apropiársela del todo.

2. Las renovadas funciones de la salud pública

Esta naturaleza transfronteriza y compleja, acrecentada en el marco de la globalización, apunta necesariamente a una redefinición de sus funciones tradicionales (WHO; 1995; WHO, 2008). Las tendencias se dirigen hacia una ampliación tanto del catálogo de funciones y ámbitos de intervención, aunque cada vez más compartidos con otras instituciones, como de la complejidad de las mismas. El cambio hacia la nueva salud pública ya en marcha a nivel internacional (Allin et al., 2004)¹²⁸, está siendo impulsado tanto desde el lado profesional (en los saberes y en las prácticas) como desde el lado político con la formulación de nuevas leyes de salud pública. Y en todas las experiencias de reforma se pueden identificar algunos elementos comunes como la tendencia a separar las funciones de autoridad-rectoría, por una parte, y provisión por otra, la reestructuración de funciones y servicios actualmente dispersos en distintos sectores y administraciones y una mayor visibilidad política de los dispositivos de salud pública (Artundo y Rivadeneyra, 2007).

Las grandes funciones básicas de la salud pública que, en la última década del siglo XX, se plasmaron en los Informes del *Institute of Medicine* de EE.UU. (IOM, 1988; IOM, 2002), y sus distintas adaptaciones específicas a nivel internacional,

128 En el caso español, un análisis de los procesos de reforma de la salud pública en diferentes Comunidades Autónomas en España puede encontrarse en: Artundo y Rivadeneyra, 2007.

han permitido la construcción de un consenso mundial acerca de las mismas (The Public Health Functions Project, 1997). En España, un Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) realizaron una adaptación de las competencias profesionales en salud pública al caso español (Segura, 1999). Básicamente, se trata de tres grandes funciones: a) valorar el estado de salud de las poblaciones; b) desarrollar políticas de salud integrales, tratando de liderar estos procesos políticos; y c) garantizar la provisión de servicios, sea de manera directa por parte de los dispositivos de salud pública o través de la delegación en otro tipo de organismos, especialmente a través de la descentralización en organismos *tipo agencia* (Guix et al., 2008). Asociadas a estas funciones se identificaron diez prácticas concretas, que se detallan en el Cuadro 4. Y, asimismo, el Public Health Functions Committee profundizando en la línea de las funciones básicas establecidas en el primer informe del IOM (1988), estableció seis objetivos fundamentales de la salud pública (Cuadro 5).

Cuadro 4. Las tres funciones básicas de la salud pública

1. Valoración de la situación de salud

- 1.1. Valoración sistemática de necesidades de salud
- 1.2. Investigación de riesgos y problemas de salud
- 1.3. Análisis de los determinantes de las necesidades

2. Desarrollo de políticas

- 2.1. Abogacía, identificación de recursos, creación de una base de apoyo para políticas de salud
- 2.2. Priorización según problemas y necesidades
- 2.3. Definición de planes y políticas, fijación de metas y objetivos

3. Garantía de provisión de servicios

- 3.1. Gestión de recursos, estructuras y coordinación
- 3.2. Ejecución de programas para problemas prioritarios
- 3.3. Evaluación de programas, reorientación de recursos
- 3.4. Información y educación del público

Salud pública en tiempos postmodernos

Cuadro 5. Objetivos fundamentales de la salud pública

1. Prevención y control de las enfermedades y brotes epidémicos
2. Protección contra los riesgos ambientales
3. Prevención de daños a la salud
4. Promoción de conductas saludables
5. Alerta y respuesta frente a desastres
6. Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud

Fuente: Public Health Health Functions Committee, 1997.

En cuanto a las estrategias principales se hace hincapié en el fortalecimiento de las infraestructuras de salud pública y en la ampliación de su marco de actuación, en los principios de salud en todas las políticas, en el refuerzo de la intersectorialidad y en la necesidad de impulsar el enfoque poblacional. La Oficina Regional Europea de la OMS y la Comisión Europea recomiendan además la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007; Rivadeneyra y Artundo, 2008) de todas las políticas (urbanismo, relaciones laborales, turismo, tráfico, medioambiente, etc.).

Esto es, en definitiva, lo que supone la puesta en marcha de una estrategia adaptativa al nuevo entorno. Llama la atención, sin embargo, en todos estos debates y propuestas de actuación, la casi total ausencia de referencias tanto a los sistemas de conocimiento e información como a los paradigmas, los conceptos y los significados de la *nueva salud pública*. O, al menos, la tibieza de su formulación: hay que deducirlos a partir de otros grandes enunciados como «toma de decisiones basadas en la evidencia» o «mejora de la comunicación». Probablemente, la asepsia del laboratorio contamina los debates del nuevo salubrismo, escorando todas las decisiones –de nuevo– hacia los componentes técnico-instrumentales de la salud pública.

Los autores del Grupo de Trabajo español sobre competencias profesionales en salud pública (Benavides et al., 2006) sí que insisten en la importancia de otras competencias «inespecíficas» como: «a) ser capaz de persuadir y convencer; b) tener iniciativa; c) desarrollar un pensamiento conceptual y analítico; d) mantener un grado elevado de autoconfianza; y e) tener una notable capacidad de comprensión interpersonal

para cooperar y trabajar en equipo». Fitzhugh Mullan, en un artículo publicado en *American Journal of Public Health* en el año 2000 resumió la combinación de funciones que requeriría un salubrista. Su título es suficientemente elocuente: *Don Quixote, Machiavelli, and Robin Hood: Practice, Past and Present* (Mullan, 2000). Un idealista, un estratega político y un redistribuidor de recursos o «justiciero». Tal parece ser el rol del que no podrán escapar los profesionales del campo de la salud pública. Veamos algunas cuestiones de interés en torno a estas renovadas funciones.

2.1. Valoración de las necesidades de salud de las poblaciones: las funciones del «escriba»

Los «médicos-escribas» del antiguo Egipto combinaban a la par las funciones de sanadores y «notarios» de todo cuanto acontecía en el reino. Y los textos de Herodoto y los papiros egipcios conservados muestran que llegaron a un altísimo nivel de especialización y de detalle descriptivo del mundo de la enfermedad (Jaeger, 2004) y de la vida social y política. La salud pública ha asumido siempre un importante componente de esas labores del *escriba* al servicio del Estado. Actualmente, esas funciones se están viendo exponencialmente ampliadas e intensificados sus niveles de complejidad. La sociedad informacional exige como competencia transversal que los profesionales se conviertan en *máquinas* de recoger y procesar información, en escribas del faraón Salud Total, lo que resulta cada vez más evidente e inevitable en la práctica profesional de la salud pública¹²⁹. Y es obvio que conocer el estado de salud de las poblaciones así como sus determinantes deberá ser una función básica, previa a cualquier otra. Sin embargo esta tarea hoy, y en el futuro, distará mucho de poder ser resuelta usando los viejos procedimientos diagnósticos, con sus enfoques teóricos, sus observaciones y medidas, sus expertos, sus métodos y sus técnicas. Varias razones lo hacen difícil.

En primer lugar, porque la valoración del estado de salud necesitará, como punto de partida, aclarar algo que se tenía por obvio: la definición previa de aquello que se quiere valorar. Hoy la cuestión principal es cómo definir lo que significa «estado de salud» y, en consecuencia, cómo deberá ser medido o determinado. Y, sea lo que sea,

129 En general, todas las profesiones y actividades humanas se están convirtiendo en «unidades de registro», en pseudo-notarías. Una parte cada vez más importante de la actividad profesional es de tipo «burocrático».

Salud pública en tiempos postmodernos

se trata de un proceso complejo. Y, por tanto, para su valoración ya no basta con la mera recogida mecánica y sistematizada de datos respecto a unos indicadores fijos previamente definidos¹³⁰. Lejos de venir dados, ya hemos visto que los indicadores socio sanitarios requieren un fuerte componente de construcción teórica y de decisiones políticas. De ahí que en el futuro se perfile la necesidad de una mejora técnica y conceptual de los sistemas de registro, un refinamiento de los procesos de construcción de los datos que debe implicar como elemento esencial el hecho de que esos datos se saben contruidos, es decir, mayores dosis de reflexividad en las construcciones diagnósticas. Si se ha aceptado la construcción «faraón» como realidad suprema (y de carácter divino) no se deberá ser muy escrupuloso a la hora de reconocer, aceptar y utilizar el componente construido de los datos y el replanteamiento de la noción de objetividad (Maturana, 1997) que ello implica. El escriba es, volviendo de nuevo a Nietzsche, *humano, demasiado humano*. Lo cual, a su vez, supone reconocer como imprescindible la colaboración de profesionales de distintos ámbitos de cara a una mejor calidad diagnóstica y de registros (por ejemplo: la mejora en la clasificación de las causas de muerte en los hospitales mejorará el conocimiento acerca de las tasas y causas de mortalidad poblacional). Pero también las propias poblaciones, las agencias internacionales y otras instituciones y organizaciones globales, se convertirán en fuentes cualificadas de información. Todo ello nos lleva, de nuevo, al ya transitado terreno de la negociación: el diagnóstico resultante (el «estado de salud») deberá ser validado por los diferentes agentes participantes.

Y para conseguir tal equilibrio en la construcción de diagnósticos de salud será necesaria una transferencia de saberes y prácticas de la salud pública tanto hacia los servicios sanitarios y otro tipo de servicios institucionales y privados como hacia la población. Un trasvase de «educación sanitaria» en un sentido nuevo y muy amplio: sus contenidos ya no versarán únicamente en torno a cómo sanar, promover la salud o prevenir la enfermedad sino que se relacionarán también con el *cómo* establecer el «estado de la cuestión». Se trata de una especie de empoderamiento diagnóstico de las poblaciones. Con ello, ahora que todos/as somos escribas en una inabarcable red de codificaciones binarias, la escritura jeroglífica de los diagnósticos de salud dejará

130 El ya citado espacio Whitehall (Marmot et al., 2010), por ejemplo, puso de manifiesto esta inestabilidad de los grandes referentes *estables*. Uno de los más sólidos, la clase social, ha mutado hacia lo que ahora definen como «gradiente social». ¿Refleja esto un cambio real o se trata de otro postmoderno juego de lenguaje? Probablemente se trate de ambas cosas a la vez.

de ser competencia exclusiva de un determinado cuerpo de funcionarios del Estado. Por eso la labor del escriba debe ir *algo* más allá de la mera «recogida» de datos.

En segundo lugar, por la incierta dinámica de los riesgos. Parte de la labor diagnóstica de los dispositivos de salud pública ha sido, y continuará siendo, la investigación en torno a la relación existente entre la exposición a determinado tipo de riesgos y el estado de salud de las poblaciones «expuestas». Sin embargo, afinar en el estudio de dicha relación implicará, en el futuro, tomar en consideración la explosión semántica ocurrida en los conceptos de población, riesgo y exposición, y la profunda transformación (más complejidad y mayor incertidumbre) de la relación riesgo-exposición que ello implica. La emergencia de poblaciones globales junto a la extensión e incontrolabilidad de los riesgos hacen muy difícil definir y operativizar la noción de «exposición», la definición de caso. En lo que importa, todos y todas estamos expuestos. Y además, las exposiciones a riesgos diversos son en gran parte invisibles, acumulativas y presentan distintos niveles, lo que plantea problemas a la ciencia experimental a la hora de «aislar» las variables clave en sus investigaciones y, por ende, aumenta la crisis epistemológica y metodológica. Resolver la naturaleza de la relación entre riesgos y efectos se convertirá en un importante escollo a superar. Y cualquier vía de salida requerirá aumentar la capacidad analítica (en contextos complejos) de los profesionales de salud y salud pública así como una mejor construcción teórica de dicha relación. Habrá que superar los efectos de la *ceteris paribus* que se ha convertido en una venda en los ojos y no solo en un cristal de otro color.

2.2. Desarrollo de políticas: las funciones del «estrategos»

Influir en el desarrollo y en la orientación de las políticas de salud es una de las funciones clave de la salud pública. Para mejorar la salud de las poblaciones hace falta la política. De hecho, es la única forma. Asumir plenamente *lo político*, por tanto, será uno de los grandes desafíos del salubrismo del futuro. Pero, ¿en qué debería consistir esta función tan clave?

En primer lugar, las funciones de abogacía, principal carta de presentación del salubrismo, se verán seriamente reformuladas tras los cambios que se están produciendo en la teoría y la práctica de la representación política (¿es el «salubrismo oficial» el legítimo

Salud pública en tiempos postmodernos

representante de los intereses en salud de las poblaciones cuando esas mismas poblaciones están cuestionando, por ejemplo, a los propios Parlamentos al grito de «no nos representan?»), apuntando a la adopción de un tipo de abogacía no paternalista pero que a la vez mantenga la guardia. La salud pública continuará siendo un importante factor de disminución de las desigualdades sociales (Rodríguez y Urbanos, 2008), por lo que deberá estar vigilante para que la ciudadanía no pierda derechos en una cuestión tan esencial (por ejemplo, para hacer frente a la crisis económica, la salud pública debería reforzar su acción política para mejorar las condiciones de vida de los más excluidos). Además, por imperativos éticos y pragmáticos, debidos a la incesante producción de riesgos para la salud de las poblaciones, intensificar la abogacía de la salud será una necesidad imperiosa. Así, todo parece indicar que las políticas ecológicas deberían ser una prioridad ineludible. Por ejemplo, ya se ha abierto la circulación de barcos por el Ártico tras el deshielo del Polo Norte. Los países fronterizos ya están luchando por delimitar la soberanía sobre esas «nuevas aguas» (soberanía como derecho de explotación de los recursos naturales). Pero en un mundo globalizado, «que sea mío porque yo estoy más cerca» no debería ser un argumento válido en el caso de los Polos, los Océanos o de los grandes pulmones vegetales del planeta. Nos afectan a todos/as y pueden condicionar drásticamente el futuro de la humanidad. Por tanto, en aras de la salud pública bien valdría presionar políticamente para una modificación del Derecho Internacional en este sentido. Esto sería una decisión muy lógica, muy científica y muy política.

En segundo lugar, una tarea crucial en la agenda del nuevo salubrismo –derivada de la politización del campo– pasará por el establecimiento de alianzas con múltiples agentes, con intereses, estrategias, formas organizativas y valores con lógicas muy distintas y/o contrapuestas entre sí y con la lógica institucional de la salud pública. La alta incertidumbre postmoderna y esta gran variedad de actores impondrán que la definición de prioridades en salud pública deba incorporar cada vez mayor número de puntos de vista y de temas. Ejemplos recientes de ello han sido la lucha por la definición de grupos de riesgo con la gripe A o las controversias en torno a la vacuna del papiloma. Los planes, las políticas, las metas y objetivos en salud (pública) deberán establecerse, por tanto, mediante consensos (de la misma forma que hemos visto para el caso de los diagnósticos de salud). Siendo así, habrá que llegar a una especie de «paradigma de los acuerdos» (Ruger, 2005). ¿Cómo llegar a esos consensos?, ¿cómo mantenerlos?, ¿cómo legitimarlos?, ¿cómo hacerlos más creativos y fructíferos? Fomentando el arte y la política del diálogo como una función nuclear de las profesiones salubristas.

En tercer lugar, dado que cada vez más la comunidad participa no solo en la construcción del problema sino también en sus vías de solución, la labor de identificar recursos propios de la comunidad (recursos locales o etnorecursos) será fundamental. Así, al empoderamiento diagnóstico que deberá facilitar el escriba, habrá que añadir los esfuerzos del «estrategos» en pos de un empoderamiento terapéutico de las poblaciones: enseñar a reconocer los recursos y potenciar su uso adecuado, fomentando la autorresponsabilidad en el cuidado de sí. Lo que no se debe confundir con el nada empático «ahí te las apañes» que pregona el neoliberalismo.

El *estrategos* de la antigua Grecia combinaba las funciones de general y político. Algo parecido se requiere hoy del salubrista. Ser un buen estratega es muy parecido a ser un buen general, un buen científico y un buen político a la vez. Y ello requiere interiorizar los conceptos de estrategia (incorporar el largo plazo), planificación (rigor metodológico) y reflexividad (por ejemplo, para ser conscientes de los riesgos asociados a las funciones biopolíticas de la salud pública). El diseño de políticas debe incorporar un análisis sosegado que tenga en cuenta sus posibilidades de ejecución (límites, adversarios, puntos fuertes, etc.) tanto como el impacto de su aplicación. Por ejemplo, las crisis económicas de importancia, como la actual, tienen notables efectos sobre la salud ya que cambian la distribución de la renta, aumentan el desempleo y empeoran la alimentación. Y son efectos a largo plazo, a nivel intergeneracional, lo que requiere que las políticas de salud pública vayan ya oteando el horizonte de lo que vendrá.

A pesar del carácter eminentemente político de la salud pública, ya hemos apuntado en el capítulo anterior cómo la pretensión por despolitizarla ha estado continuamente presente en muchos discursos salubristas a lo largo de la historia, y continúa estando hoy en la mayoritaria corriente neopositivista en epidemiología (Rothman, 1987). La medicina, en general, enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad (Illich, 1978). Pero, ¿puede realmente distanciarse la salud pública de la práctica y la reflexión política?¹³¹ Se trata, obviamente, de una pregunta retórica y de una pretensión espuria. Por definición, eso no es posible. Los asuntos

131 Esta pregunta resuena con especial crudeza si tenemos en cuenta las «soluciones» a la crisis económica que están adoptando los gobiernos europeos, incluidos los de «izquierdas» (de nuevo, *las palabras y las cosas*); el fin de los derechos sociales es la solución de los derechos sociales (*sic*).

de la *polis* no pueden ser *a-políticos*. Simplemente. De hecho, la pretensión normativa por establecer un «deber ser» de naturaleza «técnica» para la salud pública se ha acostumbrado a enfatizar siempre que las condiciones sociohistóricas ponían, precisamente, las cuestiones de la salud pública en el primer orden de la agenda social y política. Es decir, los esfuerzos por despolitizar la salud pública han respondido a una pretensión política. Sin embargo, en la actualidad, los riesgos globales (incluidos los político-económicos) hacen inevitable la necesidad de repolitizar las cuestiones relacionadas con la salud de las colectividades. Los dispositivos de salud pública deben llevar a cabo una labor científica y transformadora de la realidad. Transformadora quiere decir que hay que orientar los procesos en una dirección determinada y de una manera consciente. Eso es política.

2.3. Garantía de servicios: las funciones del «pastor del rebaño»

La última de las tres grandes funciones de la salud pública se orienta a garantizar la prestación de servicios sanitarios. Aquí, el salubrista desarrolla un rol de pastor o pastora del *rebaño*. Y su principal reto será abandonar el *estilo hebreo* de pastoreo y adoptar un estilo similar al que en su momento propuso Solón para la Grecia de su tiempo¹³². Las principales actividades que vertebran esta tercera función son:

2.3.1. Gestión de recursos y programas sanitarios

Ser buenos gestores equivale a ser buenos pastores en el sentido de Solón. El reto será la buena administración de los recursos para obtener resultados con calidad y eficiencia. En este sentido, desde las últimas décadas (Catalá-Villanueva et al., 1998) se pueden identificar varios desafíos a los que habrá que hacer frente para asegurar la vigencia de los elementos éticos y políticos de la labor redistribuidora del Estado del bienestar. Por una parte, asegurar el refuerzo de la atención sanitaria a los colectivos más vulnerables (uno de ellos, en la actualidad, lo constituyen las

132 El pastor hebreo está continuamente pendiente de la manada para evitar que ninguna de sus ovejas se descarrie. Frente a este modelo, Solón, el famoso político griego del siglo VI a. C. dotó a la *manada* de un conjunto de leyes y normas que permitían la autorregulación sin necesidad de la permanente presencia y vigilancia del pastor (Foucault, 2000a).

poblaciones migrantes globales). Por otra parte, dado que el gerencialismo (en tanto que embajador de las políticas neoliberales) y la industria farmacéutica se han convertido en los dos grandes lobos del pastor y la pastora salubristas, habrá que desarrollar habilidades para hacer frente adecuadamente a sus amenazas al *rebaño*. En el primer caso, marcando y diferenciando claramente la primacía de las consideraciones político-estratégicas frente a la tecno-mística de la eficiencia y el buen balance de cuentas. En salud pública no hay gastos, hay inversiones¹³³.

En el segundo caso, impulsando estilos de vida no medicalizados que abaraten los costes de la atención sanitaria. La biomedicina se encuentra desbordada y no puede responder plenamente a las problemáticas emergentes y crecientes del mundo contemporáneo. La medicalización es también un tipo de respuesta adaptativa de la biomedicina (como no sé qué hacer, medicalizo) que resulta muy perjudicial en términos de salud pública, dados sus importantes efectos iatrogénicos. Especialmente porque el excesivo consumo de antibióticos asociado a ella supone una alteración y debilitamiento del sistema inmunitario humano. La salud pública se encuentra en la compleja tesitura de «desmedicalizar» la vida de las poblaciones en un contexto general de sanitización de la vida. Ante ello serán necesarios nuevos enfoques de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que deberían incorporar un cierto empoderamiento de los ciudadanos frente al sector farmacéutico y otras grandes corporaciones. Y frente a los médicos recetadores¹³⁴. Frente al *disease mongering* (*promoción de la enfermedad*) de los mercaderes, anteponer un *health mongering* de la ciudadanía y los profesionales basado en estrategias de *No Drugs*.

2.3.2. Desarrollo y evaluación de los servicios y programas sanitarios

Este conjunto de actividades se estructuran en torno a la valoración del nivel de consecución de objetivos y su adecuación a los estándares y fines prefijados. Todas las estructuras, procesos y resultados de las intervenciones sanitarias se deberán

133 Lo cual no es en absoluto incompatible con un riguroso control del gasto público. Tener claras las prioridades no es sinónimo de derrochar recursos.

134 Las abuelas salubristas postmodernas deberían advertir: «ten cuidado con los médicos que te pueden echar droga en la coca-cola». Eso sería «educación para la salud».

escudriñar con este ánimo. Y dado que vivimos en «tiempos de colateralidad», es decir, dado que los efectos colaterales se están intensificando (Chaulk et al. 2008) en todos los procesos de la postmodernidad (en la ciencia, en las guerras, en los alimentos, en la medicina, los medicamentos, las intervenciones sociales...) *medir* el impacto de todos estos servicios y programas será más importante que nunca.

2.3.3. Inspecciones y auditorías sanitarias

Ante la pérdida de controlabilidad de los riesgos y el aumento de la incertidumbre, mejorar los sistemas de información, las redes de apoyo y colaboración y los sistemas automatizados de alertas sanitarias, tanto como incrementar el control sobre las empresas y sus procesos productivos, van a constituir asuntos de primer orden.

3. Los cambios en el orden organizacional y profesional

El entramado de instituciones, organizaciones y profesiones que constituyen los agentes principales en el campo de la salud pública está también sometido a las tensiones y cambios adaptativos propios de la era postmoderna, redefiniendo sus roles y funciones así como sus relaciones con el entorno.

3.1. Las mutaciones en el orden profesional

Una profesión u oficio es un conjunto de *disposiciones prácticas o habitus* (Bourdieu et al., 1989) articulados en torno a un objeto de interés o ámbito de acción y un conjunto específico de herramientas conceptuales y metodológicas. La sociedad informacional está transformando todos los oficios. Y las profesiones que forman parte de los dispositivos de salud pública no son una excepción. Con ello se empieza a configurar un nuevo *habitus* salubrista, cada vez más alejado de un concepto de profesión entendida en sentido vocacional (ser) (Weber, 2001), político (transformar la realidad) o *propriadamente profesional* y más cercano a definiciones tecnócratas

de profesión (saber hacer *cosas* puntuales)¹³⁵. Por eso se están redefiniendo o actualizado algunas competencias técnicas, a la vez que se *transvaloran* los valores y prácticas profesionales, aunque éstas –forjadas en otras racionalidades distintas– continúen ofreciendo algunas resistencias al cambio (Pardel, 2003; 2004). Veamos algunos ejes de transformación en el seno de las profesiones:

3.1.1. La hiperespecialización, la hipoespecialización y la falta de creatividad

La diáspora hiperespecializadora de saberes y prácticas, iniciada a mediados del siglo XX en el seno de las viejas profesiones, unida a la incorporación de nuevas disciplinas en el campo, ha conducido a un incremento exponencial de las voces técnicas legitimadas para el abordaje de los problemas de salud pública. Esto es debido al aumento de los niveles de complejidad del orden social, que exige mayor polivalencia de las estructuras organizativas y profesionales de la salud pública. Pero también se debe a las dinámicas internas e intereses particulares de los diversos campos y disciplinas implicadas que, a la pregunta filosófica fundamental de *¿qué cosa es la realidad?* han antepuesto un narcisismo ontológico que transmuta ese tipo de interrogantes por otros que plantean *¿de quién es esto?*, *¿es de tu campo o del mío?* Con lo que el debate se desplaza de lo fundamental y se centra en una lucha por la definición de competencias «legítimas» en un campo. *Mi campo de estudio o el tuyo*, antes de qué es esto o por qué estudiarlo.

Aristóteles consideraba que una excesiva especialización era incompatible con una *formación libre del hombre* (Jaeger, 2004). Hoy, todas las recomendaciones hacia la necesidad de incorporar una mirada holística (compleja) a los problemas de salud pública vienen a decir lo mismo: una hiperespecialización excesiva es contraria a lo necesario. Pero ello no implica asumir, sin más, una hipoespecialización (en un campo del saber tan vasto cualquiera pretende saber de cualquier cosa) como algo inevitable. Eso sería poco ético y poco fructífero, especialmente si tenemos en cuenta que la mayor parte de los productos y las prácticas profesionales en la actualidad son de naturaleza postmaterial. Esto quiere decir que, en cierto modo, se produce y trabaja

¹³⁵ El saber hacer tecnócrata se refiere a un «saber ejecuta», no a un *modus operandi*. Se orienta, fundamentalmente, a la ejecución de protocolos de actuación (con o sin tutorial), tareas contingentes.

con «humor», con ideas, propuestas, planes, proyectos... realidades no materiales, lo que conlleva un importante efecto perverso: la proliferación de cierta picaresca en torno al «robo» de ideas y proyectos. Cuando es tan difícil delimitar y concretar los «productos», afloran los «lazarillos» (picaruelos y picaruelas) a la caza de un triste *pos-it* con alguna idea escrita. Así, entre «especialistas de lo minúsculo» y «wikitransformadores» de lo ajeno anda el juego. El precio a pagar por estas lógicas profesionales es la lamentable disminución de los valores éticos públicos y la creciente falta de creatividad, precisamente el gran valor productivo de la sociedad informacional.

3.1.2. Los efectos de las nuevas tecnologías

El desarrollo tecnológico supone uno de los más importantes *inputs* en las mutaciones de las prácticas profesionales, al abrir un sin fin de nuevas posibilidades. Las TIC fomentan la interdisciplinariedad al facilitar el trabajo en red y la rápida difusión de conocimientos, con lo que, de paso, atenúan los efectos perversos de la hiperespecialización.

Por otra parte, la tecnología tiene un importante efecto sobre las relaciones entre profesionales y usuarios. Un buen ejemplo lo constituye la telemedicina, que está alterando la tradicional relación médico-paciente¹³⁶. La ruptura de los límites geográficos y espaciales trastoca una relación que se había resuelto tradicionalmente cara a cara. Esto cambia la *mirada médica* y pone en crisis al «ojo clínico» como técnica diagnóstica¹³⁷. La calidez del contacto humano deja de incluir el «tacto» (ya no es imprescindible) y con ello, los cinco sentidos del médico son sustituidos por la codificación binaria del lenguaje informático (que o es 0 o es 1). Pero a su vez, las posibilidades de los cinco sentidos se multiplican exponencialmente gracias a las visiones en 3D y otros recursos tecnológicos. Esta paradójica situación de pérdidas

136 La profesión médica, una de las más antiguas del mundo, ha constituido para la sociología el prototipo de «profesión» (porque todas las profesiones históricamente constituidas han asimilado la experiencia de la medicina como forma metódica de organizar un conjunto de saberes y prácticas). De ahí que las transformaciones de la relación médico-paciente puedan ilustrar bien lo que está ocurriendo, de forma más general, en el marco de todas las profesiones con sus usuarios.

137 La medicina, desde Hipócrates, ha venido recomendando explorar al paciente «con la vista, con el gusto, con el tacto, con el olfato, con el oído» (López-Piñero, 2001).

y ganancias tendrá efectos en la valoración de la interacción médico-paciente o profesional-usuario por parte de ambos, pero especialmente puede influir en la percepción del paciente acerca de la credibilidad diagnóstica y terapéutica. Además, la tecnologización de las relaciones profesional-usuario introduce, ética y jurídicamente, un desplazamiento de responsabilidades, desde la responsabilidad humana hacia la responsabilidad tecnológica (las frecuentes expresiones de «no me deja el sistema» o «la red se ha caído» en cualquier ámbito de actividad profesional son un ejemplo de este desplazamiento). Incluso ante la posibilidad de fallos o *malas prácticas*, la «mano del médico» (que, en estos casos, el código de *Hammurabi* autorizaba a cortar) deja de existir, dando paso a un brazo mecánico, un rayo láser o un software que nunca serían susceptibles de corte; tan solo de desconexión temporal, y en su caso reparación. Esto tiene como consecuencia inmediata la licuación de las responsabilidades, que dejan de estar «a nombre» del profesional y se diluyen en una compleja red de actores y sistemas que funcionan al modo de los paraísos fiscales (nadie sabe nada, nadie es responsable de nada).

Otro cambio importante es que las TIC permiten el acceso inmediato a toda la información disponible, lo cual supone un empoderamiento de la ciudadanía frente a los profesionales que constituye una novedad histórica. En el caso de la medicina, por primera vez desde los textos hipocráticos (a excepción de los esfuerzos salubristas por la educación sanitaria de la ciudadanía desde el siglo XIX hasta hoy) la más hermética de las profesiones (que había contado hasta ahora incluso con su propio «sistema de escritura») pierde o comparte parte de su poder (la información) ante unos nuevos pacientes (Pinto, 2004) que ahora son usuarios tecnológicamente empoderados.

3.1.3. La formación de los profesionales

Las nuevas realidades sociales y tecnológicas demandan también cambios en la formación de los profesionales. La virtualidad y la e-formación, por ejemplo, permiten y exigen cambios en los contenidos, los formatos y los tiempos formativos. De ahí, el debate actual acerca de cómo adaptar la formación de los profesionales a la nueva realidad y, en consecuencia, cuáles deban ser las nuevas competencias profesionales en salud pública (Segura et al., 2003) para avanzar hacia una mayor profesionaliza-

Salud pública en tiempos postmodernos

ción de la misma. Un debate que, como hemos dicho, suele estar escorado hacia el desarrollo de habilidades técnicas muy protocolizadas a través de guías, itinerarios formativos y otros instrumentos tecnócratas (aquí hay una convergencia entre la concepción neoliberal del mundo y las TIC) que conceptualizan las competencias profesionales como «actividades a llevar a cabo» más que como conocimientos o habilidades. El Plan de Bolonia para la reforma de las enseñanzas superiores va en esta línea, la consolidación de agencias de acreditación de la formación continuada también. El problema es que, estas iniciativas aumentan la rigidez burocrática sin que como contraparte se le pueda encontrar valor añadido alguno. Nadie sabe muy bien para qué sirven, ni siquiera los propios *inquisidores*. Pero sí es evidente que la excesiva formalización que exigen los procesos de acreditación esclerotiza la formación, le quita la flexibilidad y la frescura de la interacción, pasando, con frecuencia, del rigor al rigor mortis. Y lo que es peor, colonizan los *habitus* profesionales en forma de filosofía banal que cala como el chirimiri y que constituye el caldo de cultivo para la proletarización de los profesionales, dando paso, progresivamente, de un perfil de *maestros* en diversas *artes y oficios* (como podría ser *el ars médica* o cualquier otro *ars* profesional) a plantillas de autómatas adocenados, «ejecutores de protocolos» que pierden el control no solo de sus respectivos ámbitos de saber (en el plano de los contenidos, los métodos, las teorías...) sino incluso de sí mismos.

Sin embargo, en un mundo cada vez más complejo será más importante el conocimiento relacional global que las hiperespecializaciones técnicas. Paradójicamente, el «saber ejecutar protocolos» es muy inestable, susceptible de obsolescencia en los mundos virtuales en que vivimos. Más que saber ejecutar, hoy resultaría necesario entender las lógicas de construcción de las problemáticas de salud pública en la era postmoderna. Por ejemplo, el hecho de la multiculturalidad plantea retos que implican mejorar la formación de los profesionales mediante la adquisición de nuevas competencias (conocimientos, habilidades y actitudes). Sin embargo, el reto no está tanto en un «saber hacer (cosas contingentes)» como en «saber estar». La alta heterogeneidad del discurso sanitario y la falta de un discurso institucional dificultan un abordaje netamente profesional. Los profesionales suelen abordar la problemática desde un punto de vista muy personal: hablan más como ciudadanos que como profesionales, poniendo en juego su ideología particular (Conde, 2004) lo que puede repercutir negativamente en la actitud y prácticas sanitarias de los inmigrantes. En consecuencia, sería necesario articular un discurso sanitario o salubrista que opere

por encima del plano ideológico individual (Conde, 2004) y fomentar una práctica más interculturalista que requiere sensibilidad y habilidades relacionales y de comunicación más que una medicina transcultural como compendio de tradiciones, síntomas y remedios culturales.

Lo mismo ocurre con las IVE y otros problemas de salud que, aunque son técnicamente protocolizables, resultan ideológicamente inasumibles para muchos profesionales. Y como las ideologías no deben ser un criterio diagnóstico ni terapéutico, sería necesaria esa formación encaminada al saber estar, a *comportarse como Dios manda*. Y las *competencias* necesarias para ese saber estar no son de carácter técnico. Tienen que ver más bien con la filosofía, la epistemología, la ciencia, la ética, el sentido de lo público... En definitiva, con lo que la lógica de los *think tank* neoliberales y otros *tanques* positivistas denostan, curiosamente, como *ruido teórico*.

3.2. Las nuevas organizaciones

En las últimas décadas, el nivel de complejidad de todas las organizaciones sanitarias ha alcanzado cotas sin precedentes. El incremento y modernización de las estructuras organizativas y de la capacitación y diversificación de los profesionales es prueba de los intentos de adaptación a dicha complejidad. Sin embargo, los «estilos de pensar» de las instituciones y organizaciones (Fleck, 1986; Douglas, 2008)¹³⁸ siguen siendo autorreferenciales. Por ejemplo, los hospitales contemporáneos, una de las organizaciones más complejas y tecnológicamente avanzadas de la historia de la humanidad, desde un punto de vista técnico, se están adaptando con rapidez incluso al *e-entorno* (en disponibilidad de dotaciones tecnológicas y en el establecimiento de *e-relaciones* con sus usuarios). Pero no ha cambiado mucho la *filosofía*; los criterios de organización de la actividad y los procesos (distribución de espacios, horarios de extracciones, visitas, comidas, etc.) responden a una lógica interna, están pensados para adentro.

¹³⁸ En las organizaciones e instituciones existen estilos de pensar compartidos que operan como determinantes de las elecciones que hacen los sujetos. Al ser verbalizados y compartidos marcan los límites de lo aceptable, con lo que construyen comunidad. Los estilos de pensar más fuertes indican mayor presencia de la comunidad y afianzan las identidades, o dicho en otros términos, tienen efectos tanto en la cohesión social como en la identificación.

Salud pública en tiempos postmodernos

Las organizaciones postmodernas se caracterizan especialmente por la incorporación de nuevos criterios y formas organizativas (la flexibilización, la descentralización y el fortalecimiento de los staff de gestión) y por los cambios que está introduciendo la revolución informacional. La información y el conocimiento, al convertirse en la principal fuente de producción se convierten también en el principal objeto de deseo. Se trata de un nuevo valor, un nuevo recurso, generado desde múltiples y dispersas fuentes pero que puede ser concentrado y gestionado por pocas manos. La información es poder. Y, por tanto, el control sobre las nuevas bases de datos generadas se convierte en la finalidad básica de las distintas estrategias de apropiación del nuevo capital. En los niveles directivos de las organizaciones y en los ámbitos profesionales se ha desatado la batalla por la conquista de los bits, por apropiarse rápidamente del valor información-conocimiento, y esto transforma radicalmente las relaciones laborales y profesionales.

3.2.1. Flexibilización y descentralización

La *flexibilización* organizacional es una estrategia adaptativa en dos sentidos. Desde una perspectiva empresarial postfordista, supone una mayor rentabilidad, por ello, las organizaciones han introducido modelos flexibles de relación, tanto a nivel interno (entre directivos y trabajadores, entre sectores, departamentos y, especialmente, en las relaciones laborales que, hoy, más que flexibles, tienden a ser endebles), como a nivel externo (con las leyes, con los mercados, las redes, sus clientes o usuarios, etc.). Pero también, la flexibilidad de las organizaciones es una respuesta al aumento de las flexibilidades de los individuos: adaptarse a la libertad individual, la proximidad y la diversidad propias de la época mediante modelos flexibles de producción y comercialización (por ejemplo, a través de la producción en serie de artículos «personalizados», con diferencias y matices adaptados a poblaciones diversas).

Por otra parte, las organizaciones, públicas y privadas, han *descentralizado* la toma de decisiones a través de la creación de nuevas fórmulas (Agencias, redes de investigación, departamentalización, empresas red, franquicias, etc.) también con miras a fortalecer la capacidad de respuesta. Ello ha dado lugar al surgimiento de numerosas *embajadas* o *reinos de Taifa* que funcionan con una alta autonomía dentro de

una misma institución matriz. Pero esta ha sido también la fuente de generación de una perversa competitividad «entre departamentos», artificiosa y sin sentido. Y la puerta de entrada de las subcontratas, con la consecuente licuación de responsabilidades y disparates presupuestarios.

El desafío para el futuro consistirá en conseguir adaptar las organizaciones y dispositivos de salud pública al servicio del «rey usuario», lo que quiere decir conseguir una organización sanitaria más flexible y más global y que permita mayor participación de la población, inclusive en las decisiones relacionadas con la organización y gestión de los servicios e instituciones. Al fin y al cabo, el uso de los recursos públicos cada vez más se decidirá en el ágora. Y los embajadores de las Taifas cada vez son más numerosos.

3.2.2. La cruzada gerencialista

Uno de los rasgos más significativos del nuevo orden organizacional ha sido la incorporación de nuevos modelos de gestión que aseguren una administración de los servicios más competente, eficiente y eficaz. O eso dice el neoliberalismo. A esta cruzada se le ha denominado «gerencialismo» y consiste en la aplicación de la lógica, los valores, las normas y prácticas de la gestión de empresas privadas a la gestión de las organizaciones públicas. La difusión de esta filosofía gestora, articulada en torno al supuesto ontológico de que «todo es empresa», ha sido tal que, en la actualidad, la pregunta clave predominante en los campos de la salud, el bienestar, la política, o el propio tiempo es: ¿se puede gestionar? (Lyon, 2005). Una *interrogación* que entra en la órbita sanitaria en la década de los noventa del siglo XX y se ha ido haciendo un hueco cada vez más grande hasta ocupar posiciones centrales tanto en el campo sanitario como en el resto de la vida social. Expresión de ello es que hemos asistido a una *primavera gestora*, una multiplicación de las *gestiones* que, como las amebas, se clonan a sí mismas: gestión económica, gestión del conocimiento y la información, gestión clínica, por procesos, por competencias, por valores, gestión del tiempo, del ocio, del talento, de las emociones, de la lavadora, de los conflictos, de la religiosidad... gestión de la gestión eficientemente gestionada. Hoy todo se «gestiona». Estamos ante otra redundante hidra de mil cabezas. Y esta cruzada gerencialista ha tenido algunas consecuencias importantes:

Salud pública en tiempos postmodernos

- a. La introducción de elementos de competitividad en la gestión de servicios y la aplicación de las técnicas del marketing han potenciado que las organizaciones sanitarias induzcan su propia demanda, con las consecuentes repercusiones en el aumento de las expectativas de los usuarios hacia los servicios sanitarios, a veces inevitablemente frustradas. Esto ha generado una tensión inflacionista en el campo de las necesidades en salud de la población.

- b. El concepto de carrera profesional ha sido «corrompido» por el gerencialismo. Por una parte, la búsqueda del Santo Grial de la *calidad total* neurotiza la vida organizacional y desenfoca las carreras profesionales. La consecución de unos objetivos, que en esencia no dejan ser meras etiquetas o números, determina ahora el ser de las profesiones. Por otra, la medida del éxito profesional (ser un buen salubrista, una buena médica, un buen epidemiólogo, etc.) se ha desplazado; ahora consiste en llegar a «ser alguien en el mundo de la gestión», con lo que se están dejando de potenciar valores propiamente profesionales en favor de la retórica y la filosofía gerencialista. De esta forma, todos los profesionales aspiran ya a ser gestores y gestoras. Reinas del panal por un día. Así se manejan recursos y se acumula *prestigio*. Por eso, como Sancho Panza, todos queremos ser gobernadores de ínsulas. Y como toda corte genera cortesanos de manera automática, la lógica de esta hiperintensificación gestora es: a más cargos, más cargos. De hecho, en las organizaciones de la postmodernidad, el perfil profesional que más sobresale es el de coordinador/a. Son como gárgolas barrocas incrustadas en todas las organizaciones de la posmodernidad. Los hay por doquier. Pareciera que todo el mundo coordina algo, sea lo que sea¹³⁹.

- c. Ha generado una crisis de sentido en el seno de las profesiones tradicionales. Esto se observa especialmente bien en las transformaciones de las organizaciones sanitarias, desde los hospitales hasta los servicios de atención primaria. La lógica de la gestión ha invadido el campo de la clínica mediante una simbiosis entre gestores y clínicos. Una de las concreciones de esa unión ha sido la creación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) u otras formas similares dentro de los servicios sanitarios. Lo «clínico», otrora sagrado, ha pasado a ser un término

139 Forges lo expresó bien en una de sus viñetas en la que aparecía un funcionario, un señor de los de antes, de largos bigotes, sentado en una gran mesa vacía con la leyenda «Director General de Pasillos».

que adjetiva al sustantivo «gestión». Se convierte así en un accesorio que informa de algunas «cualidades» de lo importante, la gestión, que le arrebató a la clínica su poder tradicional a la vez que lo disfraza de cierto empoderamiento clínico, de una vuelta a los orígenes (vemos aquí la importancia de los juegos de lenguaje). Ahora la gestión le pide cuentas permanentemente a la clínica. Con ello, la profesión médica (y en general, todas las profesiones sanitarias) pierde autonomía y legitimidad social para determinar qué es la enfermedad y de qué forma abordarla, hasta ahora sus rasgos definitorios más importantes (Freidson, 1978). Otro giro en la misma línea se puede observar en el tránsito de la farmacia a la «atención farmacéutica». El núcleo de significado original, el sustantivo (farmacia), se transforma en adjetivo. *Gestión* y *atención* reflejarían la incorporación del paciente, no ya como mero interlocutor en una relación jerárquica profesional-usuario, sino como el interlocutor fundamental en torno al cual gira lo demás. La clínica y la farmacia tienen sentido en tanto que sirven a un fin que ya no es tan autorreferencial y que es el verdaderamente importante: el sujeto. La significación de lo fármaco-clínico, por tanto, viene dada desde fuera. Y su legitimidad reside en la persona, que ya no es un simple paciente pasivo sino un usuario o ciudadano, el nuevo monarca. Es el giro *consumerista*, la personificación. Pero, ¿implica realmente esta «reinención de los pacientes» (Irigoyen, 2010) dotar de un estatus de mayor dignidad al paciente-usuario o es solo una estrategia de control social, de marketing político y liturgia gerencialista? ¿Una muestra de que el gerencialismo se ha convertido en una especie de *alien* en el campo de la salud que está devorando a su huésped?

- d.** Uno de los fetiches más queridos por el gerencialismo es el *team*, el equipo, el trabajo en equipo, al que, por otra parte, la complejidad de muchos procesos organizacionales e institucionales han hecho difícilmente evitable. Sin embargo, el «equipo», muchas veces, no es más que el supuesto metafísico que legitima la presencia del «jefe de equipo» (sin A no hay B); una ficción gerencialista carente de sustento empírico, por lo que no deja de ser un simple juego de lenguaje más al servicio de determinados intereses en el marco del proceso de proletarianización de las profesiones. Además, la lógica de los «equipos» es un excelente caldo de cultivo para la proliferación del «efecto lazarillo» y sus *wikicoartadas* («todo es de todos», «lo hacemos entre todos»...). De hecho, la mediocridad, con frecuen-

Salud pública en tiempos postmodernos

cia, se suele esconder debajo de las enaguas del «equipo». Lo que menos suele circular en estos equipos son las ideas. Lo que más, poder, recursos y satisfacción de los egos narcisistas de las nuevas jefaturas. Teniendo en cuenta su estructural falta de creatividad (Lyotard, 2006), el excesivo énfasis en el trabajo en equipo debería ser puesto en su lugar. No debería ahogar la creatividad individual que reclama el individualismo moderno y que también es necesaria para dar respuestas creativas e innovadoras a los problemas actuales. Por ejemplo, en investigación cualitativa, histórica, desarrollo de software y nuevas tecnologías, etc., frente a lo poco fructífero de interpretaciones grupales (siempre sospechosas de dogmatismo de escuela, de censura estructural) podrían resultar más interesantes las aportaciones individuales. Ni tampoco debería servir de tapadera para esconder la mediocridad ambiente, la desidia o la apatía presente en muchas de estas organizaciones. En cualquier caso, el valor de lo colectivo no puede ser usado como coartada para ahogar al sujeto. Y no solo como principio ético o político. Es también una cuestión pragmática: es contraproducente para organizaciones, instituciones, ciencias, etc. En lugar del equipo de trabajo por decreto, habría que incentivar la generación espontánea y libre, basada en afinidades, de equipos de trabajo creativos (como bien saben las nuevas empresas del sector informático). No es necesario homogeneizar las organizaciones hasta la asfixia. Es perfectamente compatible la coexistencia de los equipos, micro-equipos e individualidades. Además, la vida de las organizaciones no se estructura en torno a «esencias departamentales» o «barrios gremiales» sino a situaciones y procesos contingentes.

La gestión sanitaria es necesaria e inevitable. La complejidad social y organizacional requiere efectivamente mucha labor de coordinación. Hay que reconocerle sus méritos y su legitimidad. Pero también hay que criticarla. Si nadie en este sistema puede pretender escapar a la evaluación del impacto de sus actos, el gerencialismo, el gran evaluador, tampoco. Antes al contrario, sería razonable esperar que él mismo diera ejemplo. ¿Por qué no se ha desarrollado una «Gestión Basada en la Evidencia»? Si el gerencialismo quiere ganarse más credibilidad debe empezar a incorporar reflexividad a sus prácticas gestoras. Por ejemplo, la alta movilidad de gestores en las organizaciones tiene consecuencias perversas para las mismas. Gestores y políticos deberían ser conscientes de ello. En estos efímeros reinos de Taifa, generalmente, todo nuevo gestor suele interpretar que el mundo organiza-

cional empieza y acaba con él o con ella, sin tener muy en cuenta ni el pasado ni el futuro. Y así no puede existir nada que podamos definir propiamente como planificación «estratégica». Ni para los profesionales ni para la organización. Todos los nuevos gestores quieren construir su reluciente pirámide en un breve espacio de tiempo porque saben que dispondrán de poco tiempo para lucir su obra. Pero estos permanentes cambios de modelos político-organizativos generan un efecto perverso que acaba «quemando» a los profesionales y aumentando tanto la apatía organizacional como el descrédito de los niveles directivos. Es tóxico tanto para las organizaciones (sus objetivos y fines) como para las biografías profesionales y para la calidad de los servicios. Los gestores y directivos «flor de un día» son poco costo-efectivos. Se debería reflexionar cómo hacer compatibles su rol y los intereses de las instituciones y organizaciones públicas.

4. El nudo gordiano de las estrategias de intervención en salud pública

En términos globales, las intervenciones colectivas para proteger de o prevenir la enfermedad han tenido un saldo positivo desde el punto de vista de la evolución de la especie humana; han constituido una eficiente estrategia de adaptación al medio. Independientemente de la dificultad para medir su éxito, la evidencia históricamente acumulada sí (de)muestra que hoy somos más saludables. La erradicación de ancestrales enfermedades infecciosas a través de la implantación de sistemas de *higiene* pública y de la prevención inmunológica, la mejora general de los estados de salud, la reducción de la mortalidad general y específica, especialmente la mortalidad infantil o la duplicación de la esperanza de vida de la especie en un micro-lapso de tiempo en términos evolutivos dejarían pocas dudas al respecto. Y no solo eso; también se han aumentado los niveles de educación sanitaria de la población, imprescindibles para el éxito de las intervenciones técnicas. Desde el siglo XIX los Estados pusieron en marcha campañas de *alfabetización sanitaria* (educación para la salud) con el fin de conseguir unos niveles mínimos imprescindibles de conocimiento que permitiesen convertir a las poblaciones en aliados en la lucha contra la enfermedad, especialmente en la prevención de infecciones. En sus primeras fases, estas campañas educativas tuvieron como objeto principal a las

Salud pública en tiempos postmodernos

mujeres (Fee, 1989; Ortiz-Gómez, 2004) y estuvieron centradas y/o justificadas en torno a los problemas de salud materno-infantiles. Posteriormente se fue ampliando el espectro poblacional (trabajadores en actividades de riesgo, jóvenes, etc.) y temático (estilos de vida, alimentación, actividad física, etc.) así como el enfoque, que pasó de estar centrado en la mera prevención de enfermedades a incorporar de manera creciente a partir del siglo XX aspectos relacionados con la promoción de la salud (Davó et. al., 2008), especialmente desde la Carta de Ottawa (OMS, 1986). Con todo ello se consiguió concienciar y socializar a los individuos para la producción de entornos de vida saludables, aumentando los conocimientos y habilidades de la población para gestionar su propia salud. Además, los programas de salud pública se incorporaron a la agenda social y política emergiendo de ello toda una serie de entornos saludables (escuelas, ciudades, empresas, fábricas). Sin embargo no todo han sido luces. Muchas intervenciones fracasaron, y fracasan en sus objetivos; en otras ocasiones se han hecho muchas cosas sin conocer su utilidad; o bien, las intervenciones han tenido efectos adversos muy negativos; e incluso se hacen cosas nocivas a sabiendas (Gervás, 2009). Muchas de estas intervenciones recibieron apoyos entusiastas; otras veces, una fuerte contestación social al no ser aceptadas por sus destinatarios.

En tiempos de salud pública global las intervenciones poblacionales siguen siendo necesarias pero son cada vez más complejas y se ven continua y profundamente cuestionadas desde múltiples sectores y por diferentes motivos. Incluso la propia Organización Mundial de la Salud señala la ingenuidad de muchas de las campañas de intervención actuales (OMS 2008). Precisamente por ello, cada vez resulta más ineludible responder no solo acerca de la eficacia de las intervenciones en salud pública (Nevot, 2007) sino, cada vez más, de su pertinencia, habida cuenta de sus posibles efectos nocivos. Ello implicará un replanteamiento profundo (es decir, teórico y metodológico) de todas las estrategias de intervención. Más allá de asumir nuevas funciones, plantearse nuevos objetivos o incorporar nuevos agentes, una de las claves fundamentales para la salud pública del futuro va a estar en el cómo se hagan las cosas. El qué hacer y para qué o el quién deba hacerlo, aun con todos sus cambios, siguen siendo las mismas grandes cuestiones de siempre: proteger la salud de la colectividad para vivir mejor. Lo que cambia hoy especialmente son las estrategias concretas de intervención sobre la salud poblacional, las formas de hacerlo, la manera de desatar el nudo gordiano.

4.1. El estado de la cuestión

Los diseños más frecuentes suelen ser intervenciones orientadas al cambio de conductas individuales y los temas en general son: tabaco y uso de drogas ilegales, relaciones sexuales, alimentación y poco más. Con ese poco más no se quiere decir que éstos sean los únicos; existen numerosos temas y microtemas o ámbitos de intervención. Pero todos ellos casi exclusivamente centrados en variables individuales. En suma, mucho individuo y poca estructura. En general no se adopta el enfoque de promoción, sino el de prevención. Y cuando se hace, esta promoción se convierte en un conjunto de preceptos y normas cuasi-religiosas de salud obligatoria («te vamos a salvar aunque tú no quieras»). Aunque se trata de diseños, en teoría, participativos, en la práctica los principales agentes implicados suelen ser convidados de piedra («todo para el pueblo, pero sin el pueblo»). El método de intervención suele ser la exposición de diversos colectivos poblacionales a determinados contenidos informativos, con independencia del contexto de que se trate. En general existe poca evaluación y, la que existe, está escasamente planificada de antemano y suele ser realizada habitualmente por los propios diseñadores de programas (Nevot, 2007). Además, no se suele prestar atención a las fases de diseño e implementación, ni a los posibles *daños colaterales*, pasando a evaluar directamente resultados, medidos, en general, a través de la cuantificación de comportamientos u opiniones; otras veces se combinan varios métodos como las estrategias de investigación cualitativa. Pero, en general, en toda evaluación de intervenciones salubristas planea siempre la sensación de culpa. El pecado: no usar ensayos clínicos. Los resultados, cuando se dan a conocer suelen hacerlo en revistas científicas especializadas o bien en literatura gris generada por las instituciones sanitarias, educativas o sociales que encargan los estudios. En cualquier caso, rara vez se dan a conocer esos resultados a los distintos agentes que participaron en el proceso intervención-evaluación. Es decir, circulan en un circuito cerrado con escasa interacción con el entorno que los produjo.

En este marco, en los últimos años se ha venido desarrollando un amplio arsenal metodológico para evaluar la efectividad de las intervenciones en salud pública (Morales-Asensio, 2008a,b; Black, 1996; González López-Valcárcel, 2008) bajo el paraguas filosófico de «lo basado en la evidencia». Sin embargo, más allá de la utilidad de las revisiones sistemáticas, las guías de prácticas, los buscadores, los meta-análisis, etc., las principales lagunas no son tanto metodológicas como de orden teórico y epistemológico.

4.2. Las sombras de las intervenciones salubristas

Si son tantos los fracasos y las iatrogenias y si los recursos tecno-metodológicos, aún siendo necesarios no son suficientes, habrá que reflexionar algo más acerca de las razones de esta escasa efectividad. Entre otros motivos, cabe destacar el importante papel que juegan tres factores fundamentales: las condiciones de recepción de las intervenciones, las características de los diseños y la dimensión política de toda intervención social.

- a. En lo que se refiere a las condiciones de recepción, toda estrategia de intervención preventiva cuenta de entrada con una cierta imagen negativa entre sus potenciales destinatarios. Una desconfianza debida a los históricos intentos *sani-taristas* de restringir los comportamientos individuales y/o colectivos. Los cambios *conductuales* que suelen implicar los programas de intervención chocan con los *habitus* (las maneras de ver y de hacer) de las poblaciones destinatarias; atacan directamente al libre albedrío del sujeto (de Narciso, nada menos) a la vez que implican un gran esfuerzo –a veces, sacrificio– en el corto plazo para una promesa de beneficios difícilmente tangibles en el largo plazo. Por tanto, van a tener siempre problemas de aceptabilidad entre los destinatarios. Y, consecuentemente, encuentran siempre resistencias (por ejemplo, el *habitus* empresarial choca directamente con las políticas de prevención del tabaquismo; los *habitus* de género –feminidad y masculinidad– pueden representar importantes barreras para la adopción de prácticas sexuales seguras, o de relaciones personales no violentas, etc.). Pero, además, a las intervenciones salubristas (campañas) les ocurre como a los antibióticos: el cuerpo (la población) se acaba acostumbrando y pierden efectividad. En definitiva, estamos ante un problema de inadecuación entre los objetivos de las intervenciones, las prácticas sociales de sus destinatarios y los contextos de aplicación.
- b. En cuanto a los diseños, éstos son inadecuados debido a limitaciones paradigmáticas en sus componentes filosófico y técnico-metodológico. El paradigma científico experimental como fuente de toda evidencia, el individualismo metodológico (estudiar individuos aislados para «sumarlos» después) y el conductismo como marco teórico para explicar la acción social son epistemológicamente inadecuados para dar cuenta de los determinantes de la salud. La relación lineal y mecáni-

ca entre exposición y efecto (información y modificación de conductas, por ejemplo) que presuponen la mayor parte de los diseños no deja de ser un *pensamiento deseado*, pero nada más. La vida de los seres humanos es fundamentalmente social y por tanto, no se ajusta bien al modelo conductista estímulo-respuesta (que puede ser útil en el campo de la física o la biología animal). Los humanos a menudo se ven implicados en numerosas prácticas de riesgo aun a pesar de un adecuado nivel de información. El mero conocimiento no cambia per se los estilos de vida porque «el postulado de que las ideas guían el comportamiento es falso» (Harris, 2007, p. 20-21). Saber que fumar mata, como bien sabemos, no hace que la gente deje de fumar. En este sentido, el enfoque de la epidemiología de los factores de riesgo individuales adolece de *ingenuidad sociológica* (Mills, 1993). Los factores del entorno eclipsan la voluntad de Narciso. De ahí la importancia del giro que la epidemiología social (Berkman y Kawachi, 2000) y las ciencias sociales introducen en el campo de la salud pública al poner de manifiesto «como regla axiomática elemental que si las estructuras sociales no cambian, las actitudes de la ciudadanía continuarán igual» (Zapata-Barrero, 2004). Este reconocimiento de la importancia de la dimensión estructural, del entorno o contexto, es lo que explica la estrategia STP (Salud en Todas las Políticas). En cuanto al individualismo metodológico, resulta un proceder difícilmente adecuado para un campo del saber, la salud pública, que por definición requiere un enfoque poblacional. Finalmente, los contextos, habitualmente se han ignorado al diseñar campañas estándar, descontextualizadas¹⁴⁰. La asepsia experimental, buscando aislar en el laboratorio «variables puras y duras», no solo deja fuera la subjetividad del investigador; en su afán objetivista deja fuera también a los propios contextos y a los sujetos de investigación.

- c. Por su dimensión política. Una de las enfermedades infecciosas más importantes del siglo XX ilustra bien las sombras políticas en las intervenciones sanitarias. Las respuestas oficiales para la prevención del sida en las primeras fases de la epidemia estuvieron infectadas de prejuicios sociales y políticos y, en consecuencia, llegaron tarde y tras un alto coste en vidas humanas. Mientras el virus se exten-

¹⁴⁰ Muchas de las intervenciones en salud pública en los años 40-50 del siglo XX fracasaron porque los presupuestos (occidentales) de los interventores chocaban con las culturas de los intervenidos; hubo que recurrir a antropólogos y sociólogos para explicar este «desajuste cultural». Un ejemplo ilustrativo fue la masiva distribución de leche en polvo en Asia sin «caer en la cuenta» de la alta intolerancia a la lactosa de estas poblaciones (Harris, 2002).

Salud pública en tiempos postmodernos

día, las autoridades sanitarias tardaron años en aplicar políticas de reducción de daños (distribución de jeringuillas, metadona, entre otras) porque la verdad oficial no reconocía la existencia de droga (o sexo no oficial) en las cárceles. Tanto el salubrismo profesional como el salubrismo político incurrieron en una especie de cobarde miopía consciente (lo que no deja de ser una forma *polite* de hablar de negligencia). En este caso, las autoridades sanitarias resultaron malas para la salud. No es ni será éste el único caso de una acción nociva llevada a cabo –sea por acción u omisión– por los *facedores* del bien, que tienen una persistente tendencia a confundir molinos con gigantes. Las intervenciones sanitarias son siempre políticamente comprometidas porque constituyen un campo importante de acción y de legitimación política. La política de salud, para lo bueno y para lo malo, también es política.

No obstante, las campañas de intervención sanitaria, a pesar de las resistencias y los problemas descritos, cuentan con un «aura positiva de beneficio sin riesgos» (Gervás et al., 2009b). Sin embargo, siguiendo a Gervás, muchas de ellas, se han vuelto peligrosas para la salud individual y colectiva debido a la desenfrenada búsqueda de la salud perfecta y permanente, al abuso del concepto de factor de riesgo y la creencia en un riesgo nulo y a la imposición de la salud obligatoria, con todo el derroche diagnóstico y terapéutico a ellas asociado. Debido a estos factores podríamos estar ante recomendaciones sin fundamento científico, pero potencialmente dañinas. Por ello cada día se cuestiona más desde distintos ámbitos la legitimidad de muchas intervenciones sanitarias.

5. Desatar el nudo

Teniendo en cuenta su pasado, la salud pública deberá plantearse de una manera seria y sistemática cómo reorientar sus intervenciones. Dejar de intervenir ni será posible ni, seguramente, deseable. Por tanto, la cuestión clave será preguntarnos ¿hacia dónde deberían dirigirse ahora las campañas de intervención? ¿Qué tipo de cambios habría que introducir para alcanzar los fines de la salud pública? Es necesario «cambiar el chip» en lo relativo a los objetivos y formas de intervención de la salud pública. Algunas de las cuestiones en juego serán las siguientes:

5.1. Incorporar en los diseños la historia y la reflexividad

La mala fama de la prevención es un sambenito que hay que integrar en cualquier estrategia de salud pública (Hernández-Aguado, 2006). Incorporar ese sambenito es incorporar la reflexividad, es decir, tener muy en cuenta en la teorización y en la metodología empleada los efectos que el propio salubrisimo pueda provocar en su objeto de intervención. Esta toma de conciencia –y su consecuente cambio en las teorías y en las prácticas– será muy útil para aumentar la efectividad de las actividades preventivas. Pero también, una mayor reflexividad será necesaria para evitar efectos perversos. Ya hemos visto que la salud y la enfermedad no existen independientemente una de la otra; es un fino velo el que separa ambas situaciones. Tan fino como el que separa las enfermedades reales de las inventadas. Por ello, es importante reflexionar acerca de los procesos de construcción de la salud y la enfermedad e identificar qué papel juegan las profesiones, los sistemas sanitarios y los propios dispositivos de salud pública en dichos procesos para disminuir sus efectos iatrogénicos. Con el aumento de la reflexividad, frente a los dogmatismos de escuela, los sistemas sanitarios se problematizan a sí mismos, es decir, se autoconstituyen como objeto de reflexión, de interrogación, e incorporan así cierto relativismo en la mirada médico-salubrista que puede permitir ver mejor y con más claridad.

5.2. Intersectorialidad y multidisciplinariedad

Las estrategias de salud pública deberán incorporar necesariamente la colaboración entre distintos sectores y disciplinas, como se deriva del análisis de sus funciones. Ello apunta directamente a una integración más efectiva entre servicios sociales y sanitarios (Donati, 1994; Martín-Agudo et. al., 2007) y de éstos con las administraciones locales, dada la creciente difuminación de sus tradicionales ámbitos competenciales. Pero también, cada vez se hace más evidente la inevitabilidad y pertinencia de integrar todas las demás perspectivas *emics*. Las múltiples visiones asegurarán mejor una adecuada ponderación de todas las circunstancias que evite o reduzca los efectos adversos de las campañas de salud pública. Por ejemplo, la lucha contra la obesidad (Martin-Criado, 2007; Martín-Criado y Moreno-Pestaña, 2005) o contra las enfermedades mentales debe evitar la estigmatización de las personas.

Salud pública en tiempos postmodernos

Como también, la inclusión en los estudios de la voz de todos los implicados podría mejorar la efectividad de las campañas en contra de la violencia de género.

Sin embargo, un enfoque intersectorial será una tarea difícil. Ya sabemos que la lógica de los subsistemas –la subpolítica– conducirá a la multiplicación de esfuerzos por intensificar los beneficios de cada subsistema o *Taifa*; habrá que invertir mucho en coordinación, y acostumbrarse a trabajar en escenarios altamente competitivos en los que muchas veces lo más importante será no perder el norte de los objetivos comunes, algo muy frecuente en las instituciones políticas y sanitarias a medida que crece el número de áreas y departamentos, es decir, a medida que la hiperespecialización aumenta y el efecto «gobernador de ínsula» se intensifica.

Pero, además, multidisciplinariedad quiere decir construir conjuntamente los problemas y no como habitualmente se aborda en la práctica, como una mera yuxtaposición de enfoques o disciplinas, sin una integración lógica, coherente y enriquecedora. Entendida así, la multidisciplinariedad y la intersectorialidad no dejan de ser una pose, un discurso legitimador, etiquetas vacías. La corporación médico-sanitaria construye las problemáticas sobre una estructura diseñada por la biomedicina como paradigma hegemónico, luego otras disciplinas pulen y dan color al edificio. Un ejemplo elocuente lo constituye la incorporación de las ciencias sociales al estudio de las problemáticas del campo de la salud; lo que ha hecho el staff médico-sanitario ha sido usar los métodos y técnicas de estas ciencias como instrumentos de recogida de información. Sin embargo, tanto la construcción teórica de los problemas como la interpretación de los datos (la hermenéutica), se sigue haciendo desde la mirada médica, lo cual encaja muy bien con el positivismo, para el que la teoría sigue siendo un estorbo subjetivo.

5.3. Los nuevos modos de información y comunicación

La salud pública se desenvuelve cada vez más en un e-contexto relacional en el que sus mensajes e intervenciones tendrán que competir, en el futuro, con los mensajes emitidos desde otras instancias. En estas coordenadas, la comunicación y la información se han convertido en habilidades fundamentales, lo que plantea la necesidad de cambios profundos en el orden del discurso; nuevas formas de comunicar.

Y nuevos argumentos de legitimación. Por ejemplo, una larga tradición en salud pública se ha mostrado siempre contraria a utilizar argumentos económicos para legitimar o no determinadas intervenciones, defendiendo que éstas deben fundamentarse exclusivamente en razones de carácter humano y social. La Unión Europea, sin embargo, sí entra al trapo de la economía y, lejos del idealismo salubrista, sí utiliza esta línea argumental como estrategia discursiva (Calvete, 2008). Los primeros han sido de gran valor para resaltar los principios políticos (en sentido amplio) que deben prevalecer en salud pública (desmontando, por ejemplo, y con mucha razón, la falacia articulada en torno al coste de los fumadores para el sistema sanitario). Han supuesto, por tanto, un escudo para la defensa de la universalidad de la asistencia sanitaria y la salud pública. Sin embargo, en las complejas encrucijadas postmodernas, cabe preguntarse si ese filantropismo *ciego ante lo material* sirve de algo para el abordaje de las cuestiones de salud pública. En tiempos tan descreídos, en los que tan evidente resulta que todas las grandes instituciones humanas (la Ciencia, la ONU, el FMI, la OMS, etc.) están atravesadas por intereses económico-políticos, ¿alguien se cree tanto «corazón» puesto en juego en estos discursos salubristas clásicos?, ¿no son excesivamente quijotescos? Puestos a asumir una perspectiva holística, ¿no le haría falta a este salubrismo una lectura sosegada de *El Príncipe* de Maquiavelo? Ni neoliberalismo salvaje ni paternalismo estatal. La autorresponsabilidad ciudadana en el uso de los recursos públicos y en la reflexión en torno al coste de los mismos no significa asumir sin más las trampas dialécticas neoliberales que con piel de cordero predicán la buena nueva de los co-pagos (escondiendo, por supuesto, al lobo de las privatizaciones). Frente a la lógica privatizadora capitalista no van a bastar las buenas intenciones para con las poblaciones menesterosas; el *amor* y la *entrega total* también están a la venta en las estanterías de *El Corte Inglés*. Habrá que entrar al trapo del economicismo, pero para desmontar sus trampas no estará de más manejar sólidos argumentos en términos de costes y sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos.

Pero además, será especialmente importante estudiar bien el uso que se haga del lenguaje en cualquier acción salubrista. De entrada, por ejemplo, un somero análisis semiótico podría servir para poner de manifiesto la filosofía militar de la que está embebido el salubrismo *clásico* (estrategia, campañas, atacar, defender, territorio, lucha, enemigos, aliados...). Lo cual podría ser útil para formular algunas preguntas y tratar de avanzar algunas respuestas. ¿Son estas maneras de ver y de

Salud pública en tiempos postmodernos

nombrar las más adecuadas para comprender y actuar en el campo de la salud pública del siglo XXI? ¿De qué sirve un ánimo tan castrense ante poblaciones abiertas a la seducción y a la continua elección de modelos, además de al razonamiento y a la reflexividad? El mismo análisis lingüístico que también nos pondría de manifiesto el recargado *afrancesamiento* del lenguaje políticamente correcto que ya usa el salubrismo *nuevo* (en este caso, no solo para describir o crear la realidad sino también como una expresión de fe –de militancia– y un acto de proselitismo). Ambos lenguajes, el guerrero y el afrancesado, están plagados de metáforas, eufemismos y perífrasis; son juegos de lenguaje usados como estrategias para conseguir algún fin (apropiaciones de capital, posicionamientos en un campo determinado, definición de situaciones, etc.). Y con ello, el lenguaje, de nuevo, se presenta en toda su plenitud *creadora*, performativa, mostrando que es mucho más que una simple herramienta de comunicación.

Esto habrá que integrarlo con sentido en la elaboración de los mensajes que el salubrismo genera y difunde, que deberán estar en el futuro muy cuidados, teniendo *realmente* en cuenta los contextos o situaciones en los se recibirán esos mensajes. Por ejemplo, mientras que las amenazas son globales, en el campo de las respuestas prevalece la lógica individual, personal, local. Desde esta lógica individualista es desde la que van a ser reinterpretadas en destino las intervenciones en salud pública. Mensajes con una orientación poblacional decodificados por unidades individuales. En esta situación, no estaría de más aprender de otros agentes sociales ya bien instalados en las lógicas comunicacionales de la postmodernidad. Los salubristas deberían aprender de *Greenpeace*, *Amnistía Internacional*, *Wikileaks*, *DRY*, y otras redes y actores globales que llevan a cabo acciones inteligentes, innovadoras en contenidos, en argumentos, en formatos, en el juego con los tiempos y la improvisación, y, especialmente, en el uso del lenguaje («somos anónimos, somos legión»). O aprender incluso de las grandes empresas privadas.

Veamos esto de otra forma. La marca de cervezas Heineken, como hacen otras marcas, además de invitarnos a pensar en verde –es decir, de dotarnos de un determinado software– advierte que «el abuso del alcohol es perjudicial para la salud y el bienestar social». Vemos aquí otra paradoja típicamente postmoderna: los mismos productores de riesgos para la salud (alcohol) invaden el campo competencial de los dispositivos de salud pública y se convierten, simultáneamente, en salubristas preocupados tanto

de la salud individual de los consumidores como del «bienestar social». Así, a los dispositivos de salud pública le han salido competidores. Esto implica compartir el liderazgo en la abogacía de la salud, solo que con peores medios por parte del salubrismo y con mensajes más atractivos por parte de las empresas. Éstas conocen y se manejan mejor con los valores de la cultura postmoderna; se han adaptado muy bien a la nueva semántica y las nuevas narrativas. Entre tanto, la salud pública continúa con mensajes de tipo apocalíptico («no miréis atrás u os convertiréis en estatuas de sal») mayoritariamente centrados en el mensaje del NO («no bebas», «no fumes», «no hagas», «no pronunciarás el nombre de la salud en vano...») mientras compite con las vivaces empresas que sugieren que «puedes hacerlo y te producirá tales placeres (hedonismo); «vive el momento» (presenteísmo) «pero no te pases, que puede ser malo; ¡Enróllate, tío/a!» (reflexividad). En todo caso, «se tú mismo/a» (individualismo), «la decisión está en tus manos» (autorresponsabilidad) que «ya eres grande y listo/a» (empoderamiento). No se trata de mensajes demostrativos, ni están basados en los riesgos, los daños o el miedo, sino llenos de guiños lingüísticos y de seducción permanente (complicidad con Narciso). Las empresas empoderan con un mensaje *liberador* («Red Bull te da alas»). Las instituciones, en general, predicán en el desierto sus mensajes maternos, discursos institucionales planos, sin chispa, incapaces de llegar a sus públicos porque no conectan y porque compiten con otros mucho más sugerentes. Vemos, por tanto, a la industria convertida en dispositivos de integración social, tratando de conducirnos por el buen redil. Y esto es, por cierto, un ejemplo de que la intersectorialidad no es solo una expresión de buenas intenciones sino una necesidad impuesta por la realidad de los hechos. Heineken y los demás mercaderes ya son otro sector o agente dentro del campo de la salud pública. Se quiera o no.

Ante estos laberintos de la comunicación y el lenguaje, las relaciones con y el uso de los medios de comunicación globales será un tema crucial para la salud pública. Lo estamos viendo muy claramente en esta primera década del siglo XXI con la gestión de las diversas alertas sanitarias locales y globales y los brotes de epidemias reales epidemiológicamente y/o reales mediáticamente. De hecho, es significativo que la primera pandemia del siglo XXI haya sido, por sus efectos, casi exclusivamente virtual-mediática. La gripe A ha sido una epidemia intensificada por los medios de comunicación, generando una epidemia social previa a la posible epidemia «real». ¿Qué es aquí lo real? En cuanto al miedo y las medidas preventivas tienen los mismos efectos la epidemia real y la virtual-mediática, por lo que habrá que ir acostum-

Salud pública en tiempos postmodernos

brándose a gestionar la virtualidad al mismo nivel «real» que la «realidad». Por ello, será necesario entender mejor el papel de los *mass media*, «des-demonizarlos», pero también «des-idealizarlos»: ni son lo más malo del mundo ni tampoco su existencia per se asegurará que la buena nueva de la salud total se extienda *orbi et orbe* y nos acerque a los límites del riesgo nulo. Habrá que aprender sus códigos y entender sus formatos para utilizarlos en beneficio del enfoque de la salud pública. Aunque sin ceder en todo, ya que entre sus códigos también está la banalización, la superficialidad, el escándalo, el alarmismo, el mercadeo, etc., que tan perjudiciales e incontrolables podrían ser en tiempos de salud pública virtual.

En definitiva, habrá que desarrollar un nuevo sentido de la «función de inteligencia» de la salud pública articulado a través de nuevos argumentos, formatos y estrategias comunicativas. Y una especie de *ars media* como competencia clave de cualquier profesión salubrista.

5.4. Superar el lodazal de las «evidencias» en salud pública

Cada vez son mayores las exigencias para determinar qué tipo de intervenciones en salud pública son eficaces (Cid-Ruzafrá et al., 1999; Morales-Asensio, 2008a; Gil-González, 2008; Health Development Agency, 2009). Sin embargo, su evaluación es una cuestión difícil en salud pública debido a la naturaleza compleja de las mismas, ya que suelen ser intervenciones de amplio espectro, integradas por diversos componentes interrelacionados entre sí y difícilmente delimitables (Campbell et. al., 2000), por lo que no resulta fácil definir las variables de resultado (Nevot, 2007). A ello hay que sumar el déficit de formación evaluativa de los profesionales y el escaso tiempo disponible, como ha ocurrido, por ejemplo, con la evaluación de la eficacia de la vacuna para la gripe A. Por ello, a la evaluación de los diseños de intervención en salud pública se los considera con menor «nivel de evidencia científica» (Victoria et al., 2004).

Según el modelo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), el ensayo clínico controlado y aleatorizado es el diseño metodológicamente más *robusto* para la evaluación de las intervenciones. Sin embargo, su aplicación al ámbito de la salud pública es problemática debido a su alto coste, a los problemas éticos que plantea (López y Bonfill, 2008) y a que su puesta en práctica no suele ser factible (Victoria, 2004). Además de

estas razones, se pueden señalar otras, como sus posibles problemas de validez externa al seleccionar muestras (sujetos y ámbitos de estudio) poco generalizables y, fundamentalmente, porque desvinculan la intervención de su contexto de aplicación y del proceso de implementación. Teniendo en cuenta estos problemas, las recomendaciones únicamente basadas en ensayos clínicos pueden ser poco útiles. Por ello, muchos autores cuestionan el ensayo clínico como *gold standard* (Grossman 2005; Kaptchuk, 2001). En salud pública, la evidencia que falta no se puede construir a partir de experimentos controlados según el modelo causa-efecto. Los efectos siempre se darán en el medio-largo plazo (a veces cuesta generaciones) y no es fácil su cuantificación. Las causas son muchas e interactúan, lo que dificulta su identificación y definición precisas, con lo que resultará difícil la recogida de pruebas. Se necesita, por tanto, otro tipo de investigación para superar el lodazal de las evidencias en salud pública.

La Salud Pública Basada en la Evidencia (SPBE) se define como «el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia en la toma de decisiones sobre la atención a comunidades y poblaciones en el campo de la protección de la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento y mejora de la salud» (Jenicek, 1997). Obtener esa «mejor evidencia» exige un proceso de recopilación y evaluación crítica de la literatura (López y Bonfill, 2008), lo cual implica una reinterpretación del significado del término «evidencia científica» dentro del contexto de la salud pública. Un ejemplo representativo es el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, <http://www.nice.org.uk/>) que ha desarrollado un método para establecer de forma pragmática, sistemática y reproducible el nivel de evidencia de la efectividad de las intervenciones en salud pública y su correspondiente grado de recomendación. Y, aunque siguen priorizando el ensayo clínico «siempre que sea posible» (la pregunta sería: ¿cuándo es posible?), el grado de recomendación se hace integrando la información procedente de otros tipos de diseños como los estudios observacionales y la investigación cualitativa, que pueden aportar información muy útil para juzgar la viabilidad y probabilidad de éxito de la intervención en el contexto local (López y Bonfill, 2008)¹⁴¹. En resumidas cuentas, para avanzar en la SPBE, se requiere mejorar la formación y el acceso a los recursos necesarios para la valoración crítica de las evidencias disponibles a través del diálogo y discusión en equipos de trabajo multidisciplinarios (Rodríguez Artalejo, 1997). Las evidencias son, por tanto, una realidad

141 Nótese que ya hay una referencia al contexto «local».

dialógica construida conjuntamente. Con ello, la búsqueda de evidencias abandona el corsé experimental para internarse en los meandros del debate y la discusión. La evidencia científica, realmente, se negocia en *plazas públicas* (blogs, chats, foros o conferencias de consenso entre profesionales).

Todas estas problemáticas lo que ponen de manifiesto es que, en numerosos contextos, las evidencias teóricas (basadas en hipótesis y marcos teóricos sólidos y coherentes) serán más importantes que las evidencias *empíricas*. Por ello, en la actualidad, el reto más importante de las intervenciones sanitarias pasa por la actualización de sus «miradas paradigmáticas» para dotarlas de una mayor base teórica. Más filosofía y alcance explicativo para comprender la complejidad de los comportamientos humanos y menos tecno-algoritmos de búsqueda de la verdad objetiva y evidente.

6. Las aperturas paradigmáticas

Las viejas miradas paradigmáticas tienen la vista cansada y viciada en un sentido que puede, desde no aportar ya nada, hasta generar efectos contraproducentes en el campo de la salud pública. Nos encontramos en un momento en el que la construcción de las nuevas problemáticas en salud pública requiere de un nuevo paradigma, o quizá, de nuevos paradigmas (en plural) que permitan una mejor comprensión y explicación de la realidad para orientar la intervención sobre la misma. Es necesario incorporar nuevos *marcos de producción de sentido* (Martín-Criado, 1998a,b), *explanatory models* (Kleinman, 1980) o *frame analysis* (Goffman, 2001; 2006) para el estudio de la institución de la medicina y la salud pública¹⁴². Ello implicará adoptar tanto nuevas formas de pensar e investigar dichos problemas (teorías y conceptos) como nuevos modos de hacer frente a los estados colectivos de salud y enfermedad (métodos). Y, en efecto, en el nivel de complejidad social actual, todo apunta hacia una profunda revisión teórico-práctica de la medicina (Seppilli, 2000) y de la salud pública (Rodríguez-Ocaña, 2008).

142 *Marcos de producción de sentido, explanatory models o frame analysis* son todos conceptos que hacen referencia a una misma cosa: el paradigma o atalaya desde la que observamos el mundo.

6.1. La inevitabilidad de los caminos

«No hay camino, se hace camino al andar». El verso de Machado es poética y políticamente muy interesante. Pero no es muy descriptivo desde un punto de vista sociológico. En la vida social sí hay muchos caminos hechos, o al menos señalados, aunque al andar se puedan hacer más. E igualmente ocurre en los campos de la ciencia. Aunque los dioses no se lo enseñaron todo a los humanos desde el principio, *sugerencias, indicaciones*, sí que dieron. En este sentido, las miradas paradigmáticas constituyen caminos, sendas a seguir. Distinto es que, muchas veces, estos presupuestos paradigmáticos básicos queden soterrados, formando parte del armazón básico de los *habitus* científicos, pero *invisibles*. O que, otras veces, incluso, se haga un esfuerzo sistemático por tratar de ocultarlos a la vista. Como también es cierto que todos los grandes caminos cuentan con innumerables bifurcaciones y senderos que permiten cierta autonomía al sujeto. Pero no es posible «pensar sin paradigmas».

¿No representa, por ejemplo, el factor de impacto (FI) de las publicaciones científicas una «sugerencia» contundente de hacia dónde mirar, de qué es importante conocer, de los métodos más apropiados (los aceptados por la comunidad científica o ciencia normal) para responder a las problemáticas planteadas? Lo es. El factor de impacto es expresión de un modo determinado de hacer ciencia, un paradigma, que tiende a reproducir indefinidamente un mismo estilo de investigación y que, además, en este caso, no parece que sea el mejor de los caminos. Gran parte de las publicaciones de impacto no dejan de ser clones de otros clones, diseños repetidos hasta la saciedad, los mismos resultados que reiteraran endeble relaciones (asociaciones) sospechadas o confirmadas (tanto da) entre conjuntos abstractos de datos. Sin embargo, cabría la posibilidad de plantear caminos alternativos, que, por cierto, no siempre tienen por qué llevar a Roma. De hecho, el impacto debería medirse por la mejor comprensión y explicación de un fenómeno que la investigación aporte o por sus repercusiones en cuanto al cambio de las situaciones, procesos o fenómenos que se estudian, y a los que la ciencia pretende siempre dar una respuesta. Pero esto no parece ser así, no se «impacta» tanto. O dicho de otra forma, no está clara la relación entre impacto bibliográfico e impacto social de la investigación científica. La medida de impacto en la actualidad parte de una concepción muy excluyente y restrictiva de la ciencia: solo impacta el positivismo y sus métodos, con lo que se pierde la riqueza interpretativa y crítica que la creciente complejidad social requiere.

Salud pública en tiempos postmodernos

De esta forma, el impacto real se produce básicamente en las carreras profesionales; el FI se ha convertido en una especie de moneda local en el reino curricular de los investigadores: exagerando un poco, podríamos decir que solo tiene validez dentro de sus fronteras. Por este motivo es tan importante explicitar los paradigmas. Si se niegan o esconden no podrán ser sometidos a un, siempre saludable y muy científico, análisis crítico que los valide o los descarte¹⁴³.

El programa Power Point constituye otro curioso ejemplo de *camino* paradigmático que, de manera inadvertida, ha acabado condicionando totalmente los discursos científicos y profesionales. El «humo de colores» que los avances en software permiten es atractivo a la vista, claro y ordenado, pero también introduce uniformidad, simpleza y rigidez en los procesos de comunicación, en los que el continente predomina sobre el contenido (la forma es el mensaje). Pero, sobre todo, marca el campo de lo decible: nada que no aparezca escrito en «formato ppt» tiene hoy credibilidad; resultará «filosofía dispersa», «opiniones subjetivas». Bill Gates nos ha impuesto (o *donado*) las guías caligráficas en las que debemos encauzar nuestro decir. Como vemos, las sugerencias paradigmáticas no solo marcan qué y cómo investigar, sino también cómo comunicarlo. Imponen una sintaxis y una gramática.

Estos ejemplos ilustran la imposibilidad de una mirada «aparadigmática» o «ateórica», incluso hasta en los ámbitos más insospechados. Pero además, habría que decir que pretender «ver desde ningún sitio», de ser posible, sería inútil. Las atalayas paradigmáticas son inevitables y altamente provechosas para la indagación científica.

143 No toda la investigación con alto factor de impacto se ve afectada por estas deficiencias. Hay mucha muy buena y muy válida. Además, es conveniente aclarar que estas críticas se dirigen al Factor de Impacto Realmente Existente (podríamos llamarlo FIRE), al modelo actual de medida del «impacto», no al hecho de que haya que introducir criterios de impacto científico, social, político y ético en la investigación públicamente financiada, y en cualquier otra investigación que pretenda llamarse a sí misma científica. De hecho, sería muy pertinente revisar con criterios de impacto así definidos mucha de la superflua investigación que se viene realizando en la actualidad. Gran parte de los estudios que dicen ser «cualitativos» y que no dejan de ser meros recuentos de palabras, buen número de los que pretenden apellidarse «cuantitativos» y que no son más que reiteradas estadísticas de lo obvio o de la nada y otros tantos que han florecido en el mantillo de la denominada «perspectiva de género» o de los *cultural studies* (estudios multiculturales) –dos de las grandes temáticas generosamente financiadas en la actualidad– que no pasan de ser manifestaciones de fe toscamente elaboradas y que han dado lugar a un abundante caudal de lo que se podría denominar como literatura *neo-gospel* que pretende sustituir el rigor analítico de la ciencia por fútiles proclamas evangelizadoras. A este tipo de investigaciones no es solo que haya que medirle su impacto, es que, desde una ética pública, habría que controlar mucho más en qué se invierten los fondos destinados a la investigación. Aquí, tampoco vale todo. La cuestión central, por tanto, no es si impacto sí o impacto no, sino determinar qué significa «impacto». Nos encontramos, una vez más, con el desfase entre las palabras y las cosas, enmarañados entre juegos de lenguaje.

6.2. Las dos grandes miradas paradigmáticas y los territorios de nadie

Las respuestas de la salud pública ante la crisis de los saberes seguramente continúan polarizadas en torno a las dos grandes perspectivas paradigmáticas predominantes en ciencias sociales y de la salud: positivismo (o neopositivismo), por una parte, y constructivismo (de diferentes intensidades) por otra.

Interpretados desde postulados típicamente positivistas, los problemas de salud-enfermedad, son los que son y existen en cualquier tiempo y lugar. Sin más matices. Por ejemplo, el estrés postraumático, la menopausia, el síndrome de colon irritable, la hipertensión, etc., están ahí, existen, independientemente de la sociedad y del tiempo en que se los *encuentre* o diagnostique e independientemente de la voluntad y los métodos de medida del investigador. Y la biomedicina constituye la mejor forma de tratarlos. En un mundo concebido así no hay lugar para la interacción entre el objeto de investigación (estrés, tensión arterial, etc.) y el sujeto investigador, lo que conduciría al reino de la *objetividad total*. Desde postulados constructivistas, se argumentaría cómo la historia, la sociología, la antropología o, incluso, la psiquiatría han puesto de manifiesto el carácter socialmente construido de los fenómenos de salud-enfermedad, siempre mediatizados por el contexto cultural, incluidas las teorías, los conceptos y métodos de quien realiza la investigación o diagnóstico. Por tanto, otros sistemas médicos alternativos tendrán tanta validez como la biomedicina.

Dado el carácter hegemónico que la orientación positivista ha tenido en la ciencia desde el siglo XIX, y las insuficiencias que muestra en el siglo XXI, las respuestas tendrían que plantearse en buena parte como alternativas a ese «programa fuerte de investigación» (Lakatos, 1993). Y dado que, en el contexto de la postmoderna crisis de los saberes, ambas perspectivas se ven sometidas a un proceso de autocrítica (Scambler, 2002), se está configurando desde hace tiempo, en la teoría y en las prácticas empíricas, un eclecticismo más cercano al *justo medio* que huye de la ingenuidad interesada del positivismo más extremo tanto como del *sin sentido* del «constructivismo fuerte» (Boghossian, 2009; Hacking, 2001), aunque integra gran parte de los supuestos constructivistas. La complementariedad de métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa ha contribuido a este acercamiento paradigmático entre ambas perspectivas.

Salud pública en tiempos postmodernos

Realmente, casi ningún sistema, modelo o enfoque en salud-enfermedad es internamente coherente. Hay préstamos de unos a otros en todos los sistemas (Quah, 2010; Menéndez, 2005). De hecho, la pluralidad de paradigmas y perspectivas teóricas y metodológicas en la investigación de un mismo problema constituye una práctica habitual de la investigación en salud pública¹⁴⁴. ¿Es posible una integración pluriparadigmática coherente? ¿La inconmensurabilidad fue una acertada descripción de la historia del pensamiento científico pero en la postmodernidad ya no vale para dar cuenta de lo que ocurre? ¿No ha caído el metarrelato de Kuhn en sus propias predicciones, es decir, sus conceptos ya han dejado de ser útiles para dar cuenta de la realidad de los campos científicos postmodernos? Es más que probable que en el campo de la salud (pública) también sea posible cierto eclecticismo: aceptar, como en la física cuántica, que la materia existe simultáneamente como ondas y partículas. Desde luego, la biomedicina ya no es la única respuesta a los problemas de salud en las sociedades complejas. Pero, ¿quiere ello decir que va a perder su hegemonía en el campo de la salud? ¿Es esto coherente con el hecho del auge de la biomedicina y la biotecnología? ¿No será una más de las convivencias posibles de la postmodernidad? ¿No se producirá una especie de diferenciación de funciones donde la biomedicina (en su forma «tecnobiomédica») redefina y se reapropie del campo de la salud y eso se convierta en «la» medicina, dejando para los otros sistemas, enfoques, saberes y prácticas otra serie de problemáticas más *soft* o «médico-sociales»? En cualquier caso, las problemáticas actuales requerirán respuestas *pluri-paradigmáticas*, aunque muy probablemente todas ellas compartan unos mínimos supuestos filosóficos básicos.

6.3. Los supuestos filosóficos de las nuevas miradas paradigmáticas

En el cuadro 6 se resumen los nuevos supuestos filosóficos presentes ya, de una u otra forma, en el campo de la salud pública.

1. La nueva naturaleza de la salud pública (los supuestos ontológicos)

En el futuro será necesario responder de forma distinta a las grandes preguntas de orden ontológico (¿qué entendemos por salud?, ¿qué significados se asocian al concepto de estilos de vida saludables?, ¿cuál es hoy la «naturaleza» de la salud pública?). Y el

144 De la misma forma que vimos las disyuntivas paradigmáticas en el campo de la física.

sentido de esas respuestas es que la etiqueta «salud pública» hoy día engloba un sin fin de situaciones relacionadas con el creciente conjunto de bienestares y malestares posibles. Se trata de una realidad difusa, de una enorme amplitud, que afecta transversalmente a toda la vida social. En suma, la salud pública postmoderna es un fenómeno multidimensional, dinámico y construido (una «realidad *under construction*»). Y de esta realidad compleja o difusa se derivan algunas premisas ontológicas importantes:

- a. La necesidad de incorporar un cierto constructivismo. El mínimo para entender los estrechos lazos que unen la enfermedad, la salud, la aflicción o la muerte con los contextos sociales en que se producen estos fenómenos. La cultura no es solo uno más de los factores relacionados con los comportamientos saludables sino que es, precisamente, el contexto en el que se *despliegan* dichos comportamientos (Quah, 2010). Es, por tanto, mucho más que un simple factor entre otros. La cultura es omnipresente, y su impacto sobre la biología es mayor cuanto más compleja es la cultura. Por esta razón, la *simbiosis biocultural* no dejará de intensificarse en el futuro. Hoy, el «todo es cultura» ha dejado de ser una mera pose constructivista que explicita una determinada mirada paradigmática y una declaración política (Hacking, 2001) para convertirse, prácticamente, en un hecho empírico. En lo que importa, sí que es cultura todo, ya que nuestra tecnología (cultura) transforma radicalmente nuestra biología. Pero también es necesaria una crítica al *constructivismo fuerte* que llevaría a una delirante situación (Alonso y Callejo, 1999) en la que nada vale y nada es.

De la misma forma que es necesario criticar al *determinismo biológico*. El *desafío de los genes* puede suponer otra vuelta al individualismo y, por tanto, un serio envite al enfoque poblacional de la salud pública que recomienda el IOM y otros organismos e instituciones. Los esfuerzos que la complejidad social reclama para adaptar la mirada salubrista hacia una realidad de una enorme densidad social y cultural, para revalorizar los aspectos *emics*, las dimensiones *illness* y *sickness* de la salud, para *humanizar* las relaciones sociales, etc., en definitiva, para orientar el ojo salubrista hacia las dimensiones socioculturales del proceso de salud-enfermedad-atención, van a chocar con las posiciones biologicistas apoyadas en la tecnogenética. Esto está suponiendo un refuerzo del «determinismo biológico» (Soutullo, 2005) frente a explicaciones sociales. Habrá que hacer frente a ello ya que, sin merma de su potencial positivo, los riesgos son altos (Wilkinson y Marmot, 2003) y las implicaciones éticas importantes. Si se centran todos los esfuerzos (dinero, investigación,

Salud pública en tiempos postmodernos

formación, etc.) en el programa fuerte de la biomedicina (la ingeniería genética) se descuidarán los planteamientos de corte poblacional. Pero, ¿podría protegernos la ingeniería genética de las amenazas de las plagas, los riesgos ambientales y, en general, de todas las enfermedades? Por sí sola no, ya que cualquier avance en este sentido se reduciría a determinados ámbitos poblacionales debido a las desigualdades sociales. Investigar con genes no está mal, pero no es ni podrá ser la mejor explicación científica de por qué y cómo enferman las poblaciones ni la mejor medida para prevenir la enfermedad o promover la salud; mucho menos para la «protección», entendidas a nivel poblacional. Aun así, se trata de un asunto controvertido y difícil. Porque, a largo plazo, la biotecnología también podrá prevenir y proteger a los venideros *seres biotecnológicos*. Lo que probablemente pierda su sentido tradicional en la era ciborg sean las actividades de «promoción de salud» (a un *robot* no hay que recomendarle que haga deporte o que tome poca sal). De cualquier forma, habrá que superar los determinismos biológico y cultural (y la propia dicotomía). Cultura y biología hace tiempo que se fusionaron y son inseparables. Por eso la salud es un fenómeno sociológico más que biológico.

- b.** Asumir la multidimensionalidad de los problemas de salud pública. La complejidad social actual y la lógica del «todo es salud» han llevado la política, la economía, la personalidad, las identidades, los riesgos, el estrés laboral, los conflictos de género o el síndrome de Ulises de los inmigrantes al campo de la vieja salud pública. Y no es que antes no estuvieran, al menos casi todos. Pero su presencia ahora es distinta: se ha multiplicado el número de actores, de temas, de dimensiones a tratar. Y por tanto de funciones, de competencias y de objetivos de la salud pública, como ya hemos visto. Con lo cual, la salud pública ha intensificado su carácter multidimensional. El caso de la gripe A H1N1 ilustra los efectos de esta multidimensionalidad. Al miedo o expectativas de la población acerca de las dimensiones clínicas y sanitarias de la pandemia hay que unir otros aspectos que preocupan a la gente, a los profesionales y políticos, etc. Por ejemplo, sus repercusiones económicas para amplios sectores de la población con escasas o nulas protecciones sociales frente al desempleo; las repercusiones sociales y económicas que se pudieran derivar de una supuesta parada del sistema educativo; los conflictos políticos y las inquietudes sociales que genera (teoría de la conspiración, etc.) (Gil-García y López-Fernández, 2010), aumentando la sensación de riesgos y de indefensión frente a los mismos. A lo que hay que unir los conflictos entre

opiniones expertas y la incertidumbre que desatan¹⁴⁵ o el alarmismo (interesado) de muchos medios de comunicación. Vemos cómo son múltiples las dimensiones implicadas en el abordaje de un problema de salud pública del siglo XXI.

Y de la multidimensionalidad del «efecto» (los problemas de salud pública) se deduce, necesariamente, una multidimensionalidad similar de sus determinantes (las «causas»). Si la salud pública son muchas cosas, para determinar los niveles de salud pública, habrá que tener en cuenta también muchas cosas, causas, o determinantes. Y si hay tantos factores en juego aumentará el «calentamiento del sistema», es decir, las interacciones se producirán a altas velocidades, serán densas, imprevisibles y difícilmente controlables. En otras palabras, nos encontramos en un campo altamente complejo, en el que, por tanto, no resultan adecuadas las perspectivas unidimensionales; el aspecto biomédico es solo uno más, por importante que sea.

- c. Incorporar una concepción de la salud pública que entienda ésta como *proceso* abierto y dinámico. Hay que romper el estatismo del enfoque biomédico predominante. La salud pública no se circunscribe a un espacio determinado ni se localiza en un tiempo fijo.

2. Las nuevas formas de pensar la salud pública (los supuestos epistemológicos)

En el plano epistemológico, la salud pública se enfrenta a la ruptura del pensamiento dicotómico y la necesidad de asumir el pensamiento complejo (Morin, 2008) e incorporar la concepción de «dinámicas no lineales» propuestas por las teorías de la complejidad para responder a los grandes interrogantes epistemológicos (¿qué podemos conocer?, ¿cómo podemos hacerlo?, ¿qué validez tiene el conocimiento científico?). Esto tiene varias implicaciones:

- a. La inevitable incorporación de un enfoque holístico-relacional (Cockerham, 2010). Lo que supone reforzar la tradicional perspectiva ambientalista-poblacional de la salud pública. En la actualidad, la necesidad de una mirada holística viene determinada por la propia complejidad social. Son las dinámicas propias del campo las que imponen los límites y posibilidades para ser mirado. La invitación a asumir

¹⁴⁵ Cuando el Colegio de Médicos de Madrid, en los primeros días de la epidemia, cuelga a los cuatro vientos una pancarta en el centro de Madrid aconsejando no besar ni dar la mano («Di "Hola"»), ¿debemos creerlos? ¿y si es así, por qué no ha dicho lo mismo el Ministerio de Sanidad u otras «autoridades» sanitarias? ¿Es un Colegio de Médicos una autoridad sanitaria?

Salud pública en tiempos postmodernos

una perspectiva holística deja de ser un mérito epistemológico o incluso una distinción ética, moral o política con cierta pátina de espíritu omnicomprensivo para convertirse en una estrategia más de adaptación al medio. Aunque el reto está en conseguir hacer operativo este holismo.

- b.** La ruptura del «conocimiento único» y la consecuente adopción de posiciones más relativistas en un ámbito creciente de problemáticas. ¿Todo vale? ¿Lo que vale, vale para todo? Probablemente no podamos tener una respuesta clara y contundente. Lo que sí parece claro es que la crisis postmoderna de los saberes ha hecho mella en los sagrados altares del conocimiento instituido como válido. Las respuestas «locales» cubren muchas áreas descuidadas por los sistemas hegemónicos. Perdida la fe en los sabios y abierta la posibilidad de construcción de conocimiento en red, instantáneo, plural y participativo ya no son tan necesarios los «conocimientos universales». O al menos, no son los únicos posibles. Y esta nueva episteme puede ser muy positiva por su dimensión participativa en la construcción de los problemas. Cada día se incrementan las áreas de la realidad que son *aptas* para la existencia de situaciones paradigmáticas disyuntivas (esto es válido y esto también). Aunque habrá que evitar caer en el caos relativista. Los indígenas norteamericanos no surgieron de la entrañas de la tierra; la ley de la gravedad y la velocidad de la luz no cambian absolutamente nada por el hecho de que sean «observadas» por científicos positivistas o por antropólogos culturales¹⁴⁶. Habrá que plantearse un relativismo razonable (moderado). Pero, de cualquier forma, el estatus del conocimiento científico ha cambiado. En la postmodernidad, el acercamiento a la verdad es solo probabilístico y su validez transitoria. La crisis de los metarrelatos obliga a asumir la existencia de discursos inconmensurables sobre un mismo objeto.
- c.** La necesidad de aumentar la riqueza teórico-conceptual. Las viejas teorías y conceptos de salud pública han generado pormenorizadas descripciones del campo de la salud, pero no han «explicado» mucho. Las aproximaciones teóricas predominantes han generado explicaciones obvias y bastante redundantes, en general, sobre temas poco significativos y estereotipados. Estos marcos teóricos tristes (rígidos) han permitido una escasa interpretación de los datos. Más que explicar, muchas veces lo que han hecho ha sido construir la normalidad social a partir de

146 Otra cosa son los significados que se asocian a estos fenómenos.

la supuesta normalidad estadística, lo que implica que han sido interpretaciones teóricas muy «politizadas», aunque escondiendo su naturaleza política tras las bambalinas de la ciencia. Podríamos decir que han seguido una *episteme de los escorzos* (giros, curvas, mirar hacia otro lado) para evitar el núcleo más delicado (político) de los problemas de salud pública. Esto ha generado corpus teóricos científicamente poco útiles y consistentes, a pesar de su apariencia «dura». La incorporación de la multicausalidad (Ramis, 2004) requerirá la elaboración de una teoría más creativa y crítica. Por ello, en el futuro habrá que incidir más en la dimensión simbólica de los problemas de salud y enfermedad.

3. Los nuevos modos de conocer en salud pública (los supuestos metodológicos)

Desde un punto de vista metodológico varios serán los retos:

- a. Atraer hacia una perspectiva más ambientalista-poblacional a la epidemiología de los factores de riesgo. Entre el individualismo metodológico y las falacias ecológicas existen muchos otros procedimientos analíticos. La epidemiología social, los análisis multinivel y las ciencias sociales (Perdiguero y Comelles, 2000) probablemente contribuirán de manera importante a dar este paso.
- b. Asumir los límites de la ciencia experimental y la medicina de laboratorio como «metaparadigma obligatorio». La salud pública necesita menos diseños experimentales y más ciencias sociales. Menos agotadores esfuerzos en busca de la fiabilidad perfecta (reproducibilidad) de los resultados de investigación y más énfasis en la validez de los constructos teóricos que explican la realidad. Y con ello, incorporar más *juicio*, más teoría en la construcción de evidencias. Menos empeños en alcanzar una objetividad total metafísica y más *sentido* para asumir reflexivamente la relatividad de los conocimientos científicos.
- c. Una renovación metodológica que tienda hacia una mejor «medida» de los estados de salud (individual y colectiva) teniendo en cuenta que la amplitud de significados de la salud plantea serias dificultades para valorar tanto su estado como sus determinantes. Es necesario *poner a la estadística en su sitio*, lo que quiere decir hacer un uso sensato y razonable de la misma, dejar de buscar «asociaciones» y medir su magnitud *a toda costa* y hacer un esfuerzo más interpretativo, reforzando la perspectiva cualitativa y la complementariedad de métodos y técni-

cas. En síntesis, el reto metodológico consistirá en obtener un mejor conocimiento del nuevo medio a través del diseño y realización de estudios y diagnósticos más flexibles y sensibles a un entorno complejo. Hay que salir del enfoque estadístico-distributivo para entrar en el mundo de los significados, cuya codificación e interpretación dependen del lenguaje, de las *palabras*, no de los números.

6.4. El paradigma sociológico o relacional

El cambio paradigmático que se está dando en el campo de la salud apunta hacia un paradigma sociológico o relacional (Donatti, 1994). La relación entre enfermedad, salud, sociedad y cultura es tan estrecha que la salud, incluso considerada a niveles individuales, solo es posible entenderla plenamente en su sentido sociológico, es decir, a partir de su contexto social de producción. Este argumento es incluso más válido para la salud pública, puesto que ésta, por definición, se refiere a colectividades, que no son otra cosa que *hechos sociales*. Las evidencias que aporta la historia acerca de la relación entre las condiciones ambientales, higiénicas, tecnológicas, comerciales, culturales, etc., y la expansión de grandes epidemias y desastres para la salud de las poblaciones es suficientemente elocuente en este sentido. Los grandes éxitos de la humanidad, en términos de salud, han sido debidos a la mejora en las condiciones sociales de vida, como ocurrió con la introducción de las redes de saneamiento, los cambios en la nutrición, el fomento de estilos de vida saludables, la práctica del deporte, las ciudades y edificios saludables, etc. En la postmodernidad, la salud se ha convertido en un fenómeno totalizador, una especie de «institución total» (Goffman, 2006), por lo que hablar de salud es hablar de «todo lo demás». Así ocurre, por ejemplo, con la organización de la cronicidad, uno de los grandes problemas médico-sociales de la actualidad: es una cuestión más social que médica (Conrad, 2009). Por tanto, la clave del cambio paradigmático pasa por una visión de la salud desde un punto de vista integral, y no estrictamente sanitario. Hay que trascender el campo de la salud para entenderlo (y actuar en él) tal como cobra sentido: en su interacción con los demás campos sociales. Básicamente, se trataría de asumir un concepto más relacional, expresivo y participativo de la salud (Donati, 1994; Conrad, 2009). Un paso de la medicalización de la vida, propia del paradigma médico clásico, al «*paradigma sanitario relacional* que considera la salud como relación social y los servicios sanitarios como enlace entre mundos vitales e instituciones de servicio capaces de responder a las necesidades humanas» (Donati, 1994).

Cuadro 6. Nuevos supuestos paradigmáticos en el campo de la salud pública

| | De | A |
|---------------------------|---|---|
| Supuestos ontológicos | Neopositivismo | Incorporar el constructivismo |
| | Unidimensionalidad | Asumir la multidimensionalidad |
| | Salud/enfermedad: fenómeno estático, realidades discretas | Incorporar una concepción dinámica del proceso salud/enfermedad |
| Supuestos epistemológicos | Conocimiento fragmentado (parcial) | Visión holística, pensamiento global |
| | Pensamiento dicotómico | Asumir pensamiento complejo |
| | Individualismo | Perspectiva ambientalista-poblacional |
| | Conocimiento único (universal) | Pluralismo cognoscitivo (particular, validez de conocimientos locales) Relativismo <i>razonable</i> (moderado) |
| | Empirismo abstracto | Riqueza teórica de las explicaciones (creación de teoría más creativa y crítica) Renovación conceptual y teórica Romper la <i>episteme de los escorzos</i> |
| | Linealidad Causalidad simple | Asumir las «dinámicas no lineales» Multidireccionalidad y multicausalidad de los fenómenos de salud pública |
| | Énfasis dimensión biológica de la enfermedad (<i>disease</i>) | Dimensión sociológica («relacional») de la salud-enfermedad-atención Dimensión simbólica (los significados) Dimensión subjetiva y social (<i>illness, sickness</i>) |

Cuadro 6. Nuevos supuestos paradigmáticos en el campo de la salud pública (continuación)

| | De | A |
|-------------------------|--|---|
| Supuestos metodológicos | Diseños experimentales (epidemiología y laboratorio) | Más ciencias sociales (enfoque sociológico y antropológico) |
| | Asociación estadística | Elaboración de conceptos (nuevos) |
| | Individualismo metodológico | Diseños poblacionales |
| | Perspectiva distributiva (Estadística) | Reforzar la perspectiva hermenéutica (interpretativa) |
| | Métodos cuantitativos | Métodos cualitativos |
| | Objetividad | «Reflexividad» Asumir e incorporar las subjetividades |
| | Fiabilidad | Validez |

(De:/A:) indican un tránsito paradigmático, un desplazamiento desde/hacia entendido como un proceso dinámico, no como posiciones dicotómicas excluyentes.

7. La salud y sus «constituyentes»

El célebre Informe Lalonde (1974) planteaba cuatro determinantes clave de la salud: el medio ambiente (físico y social), la genética, los estilos de vida y los sistemas sanitarios. Las transformaciones sociales postmodernas afectan tan radicalmente a la naturaleza de estos cuatro grupos de determinantes que alteran de manera irreversible el mapa de la morbilidad que ellos delimitaban. En otras palabras, las cosas ya no son lo que eran¹⁴⁷ y, en consecuencia, nuestras viejas cajas de cartón (taxonomías) para agruparlas con cierto orden y sentido han dejado de ser útiles. Es posible que para el futuro necesitemos un nuevo sistema de *empaquetar y etiquetar* los «determinantes» de la salud. Y ello requerirá una nueva forma de conceptualizarlos.

¹⁴⁷ Plutón, por ejemplo, ya no es un planeta.

El sistema sanitario, el medioambiente social y los estilos de vida eran desde siempre «cuestiones sociales»; la novedad ahora estriba en que hemos conquistado la genética y construimos (o destruimos) el medioambiente físico, por lo que de ambos también podemos decir ya que son sociales, es decir, productos de la cultura y de la historia del ser humano. Lo que nos lleva a una inevitable conclusión: a estas alturas, *todos* los determinantes de la salud, en última instancia, son sociales¹⁴⁸. Y lo serán cada vez más porque en los «homosistemas» que hemos construido ya no hay *casí* nada que no dependa, directa o indirectamente, de la acción humana. En este universo (contexto) construido a base de interacciones sociales globales, ¿qué validez tiene el modelo epistémico de los *determinantes de la salud* (OMS, 2008; Dalhgren y Whitehead, 2007; Wilkinson y Marmot, 2003)?, ¿existe algo que podamos «aislar» con suficiente claridad analítica para calificarlo de «determinantes»? ¿cómo podríamos agrupar esos determinantes de la salud en categorías con sentido si está todo tan interrelacionado? Probablemente, el modelo de los determinantes esté empezando a resultar desfasado.

Hoy día no es posible entender el concepto de salud como una «externalidad» respecto a lo que hasta ahora se consideraban sus «determinantes». Se ha producido una *introyección* de dichos determinantes en el propio concepto de salud. Una vida saludable, en sentido pleno, moderno, no existe (no se puede definir) al margen de una buena alimentación, de unos adecuados niveles de apoyo social, trabajo, medio ambiente limpio, educación, de unos servicios sanitarios accesibles y de calidad o una genética y unos *biorritmos* controlados (monitorizados), etc. La vieja relación sociedad-salud-enfermedad ha sufrido un proceso de hiperintensificación que hace que el concepto de salud ya incorpore al medio ambiente, a la política, a la economía, a la cultura... La *gigante roja* que se había formado por la convergencia semántica y empírica de las morbilidades está ya en fase de *supernova*: ha estallado¹⁴⁹. A la salud le ha ocurrido

148 En última instancia quiere decir «en lo fundamental, en lo que importa». Evidentemente quedarían fuera puntuales desastres provocados por las grandes fuerzas de la naturaleza (terremotos, erupciones volcánicas, etc.). No obstante, incluso ante éstos, lo social tiene una importancia determinante (los efectos sobre la salud y la vida de un gran terremoto no son los mismos en Haití que en Chile o Japón porque el desarrollo social, político, cultural y tecnológico es muy distinto en dichos lugares). A lo que habría que añadir que la prevalencia de enfermedades de origen genético sólo representa en torno a un 5-10% de la morbilidad total (Anand et. al., 2008).

149 Una supernova es una estrella masiva en el momento de su descomunal explosión que acaba, generalmente, convertida en un «agujero negro». El análisis en clave de agujeros negros puede reflejar bien la hiperintensificación del campo de la salud (pública) postmoderna.

Salud pública en tiempos postmodernos

como a los agujeros negros: ha absorbido toda la materia y energía circundante, es decir, todos los determinantes que orbitaban en torno a la salud-enfermedad han caído dentro del horizonte de sucesos del nuevo agujero negro de la salud total (una caída de gravedad los ha atrapado en su núcleo). Con ello, la salud adquiere una densidad absoluta. Si todo es salud, no queda nada «fuera» que la «determine». De alguna manera, ahora es la salud la que «determina» a sus antiguos determinantes.

Esto cambia el estatus ontológico que tenían los *determinantes*. Pasan de «estar relacionados con» la salud a «formar parte de» la propia definición de salud. Se convierten en el núcleo duro del significado de lo saludable. Los determinantes de la enfermedad se han convertido en meros epifenómenos de la salud. Y han sido, fundamentalmente, los riesgos globales y sus efectos mariposa los que han desencadenado este giro post-determinantes de la salud (no podrá haber salud si no cumplimos con el protocolo de Kioto, luego el protocolo de Kioto es la salud). ¿Podrá haber salud –en sentido amplio– si seguimos intensificando la producción para las crecientes poblaciones a base de energía nuclear? Vivir con el miedo y el estrés de saber que estamos alimentando un monstruo que probablemente nos devorará, ¿no es ya en sí una situación de mala salud?

Lentamente, y por la fuerza de los hechos, estamos pasando de la explicación epidemiológica lineal (la salud y sus determinantes, los famosos factores de riesgo; multidimensional y multicausal, pero lineal) a una situación paradigmática que, embebida de relatividad, de mecánica cuántica y de teorías de la complejidad, está empezando a incorporar las dinámicas no lineales. Esto representa un problema conceptual y técnico importante. Pone en crisis el modelo explicativo basado en la causalidad lineal que ha formado parte, como metaparadigma, del arsenal epistemológico de los saberes y prácticas médico-sanitarios desde Hipócrates (hace más de 2.500 años). Por ejemplo, al poner de manifiesto que, entre otras cosas, el propio efecto tiene un «efecto bucle» sobre sí mismo. Dada una/s causa/s (como las desigualdades sociales, la desestructuración social) puede/n producir un/os efecto/s (problemas de salud mental, desnutrición, mala salud bucodental). Pero una vez que esos efectos han sido socialmente reconocidos (diagnosticados y tratados), las meras etiquetas (depresión, ansiedad, anorexia,) funcionan como categorías interactivas que crean mundos (Hacking, 2001), es decir, construyen (les dan forma y sentido) esas mismas realidades que pretendían meramente describir

o clasificar¹⁵⁰. Así, el efecto actúa sobre sí mismo y desata una serie de reacciones en cadena que llegan incluso a eclipsar las causas originales que provocaron el fenómeno. Causa y efecto se retroalimentan tanto que cada «ir y venir de la flecha» arrastrará mayores niveles de complejidad. La propia creación discursiva profesional, su sistema de empaquetado y etiquetado, se convierte en un determinante de la salud (de ahí que sea tan importante la reflexividad).

En definitiva, se ha dado un salto de los «determinantes de la salud» a los «constituyentes de la salud». Un enfoque que desplaza la visión *esencialista* de la salud (de presencias o ausencias, de equilibrios o desequilibrios, de humores o miasmas, de factores protectores y factores de riesgo, etc.), dejando atrás la concepción de la salud como un estado metafísico de equilibrio que vendría determinado por elementos «externos» a dicho estado. En el futuro, más que una lucha para controlar o modificar los determinantes de la salud, se abrirá un conflicto para «determinar cuáles sean sus constituyentes», lo que supondrá un nuevo giro estratégico en el campo de la salud pública que generará un alto volumen de movimientos de intereses y posiciones en el campo. Es decir, una lucha para establecer y legitimar qué aspectos de la vida social serán susceptibles de ser considerados como «legítimos» argumentos acerca de la salud de las personas y las poblaciones.

¿Qué consecuencias puede tener un hecho así en el campo de la salud (pública)? En primer lugar, la generación de una espiral intensificadora de consumo de recursos materiales y simbólicos. La «salud total» es inalcanzable (por ser tantas cosas, por el *todo es salud*), por lo que la demanda será continua y creciente; será cada vez más exigente (quiero más) y exigida por más gente (nosotros también). En segundo lugar, el «no alcanzarlo plenamente» (ese eterno quedarse a las puertas) por sujetos que buscan teleológicamente la realización personal (y social) máxima generará frustraciones continuas (nunca tendremos toda la salud que deseamos), tensionando la relación entre ciudadanos, servicios y profesionales y, por tanto, aumentando las tensiones políticas. Y esta frustración generará ansiedad, estrés, malestar... Y dado que todo ese malestar es «mala salud», se convertirá en un nuevo *input* que aumentará la *densidad del agujero negro*. Es decir, la frustración (un estado de ánimo, efecto de

150 Piénsese en lo que pueden cambiar muchas vidas tras una declaración oficial de «persona dependiente» o un diagnóstico de «depresión».

Salud pública en tiempos postmodernos

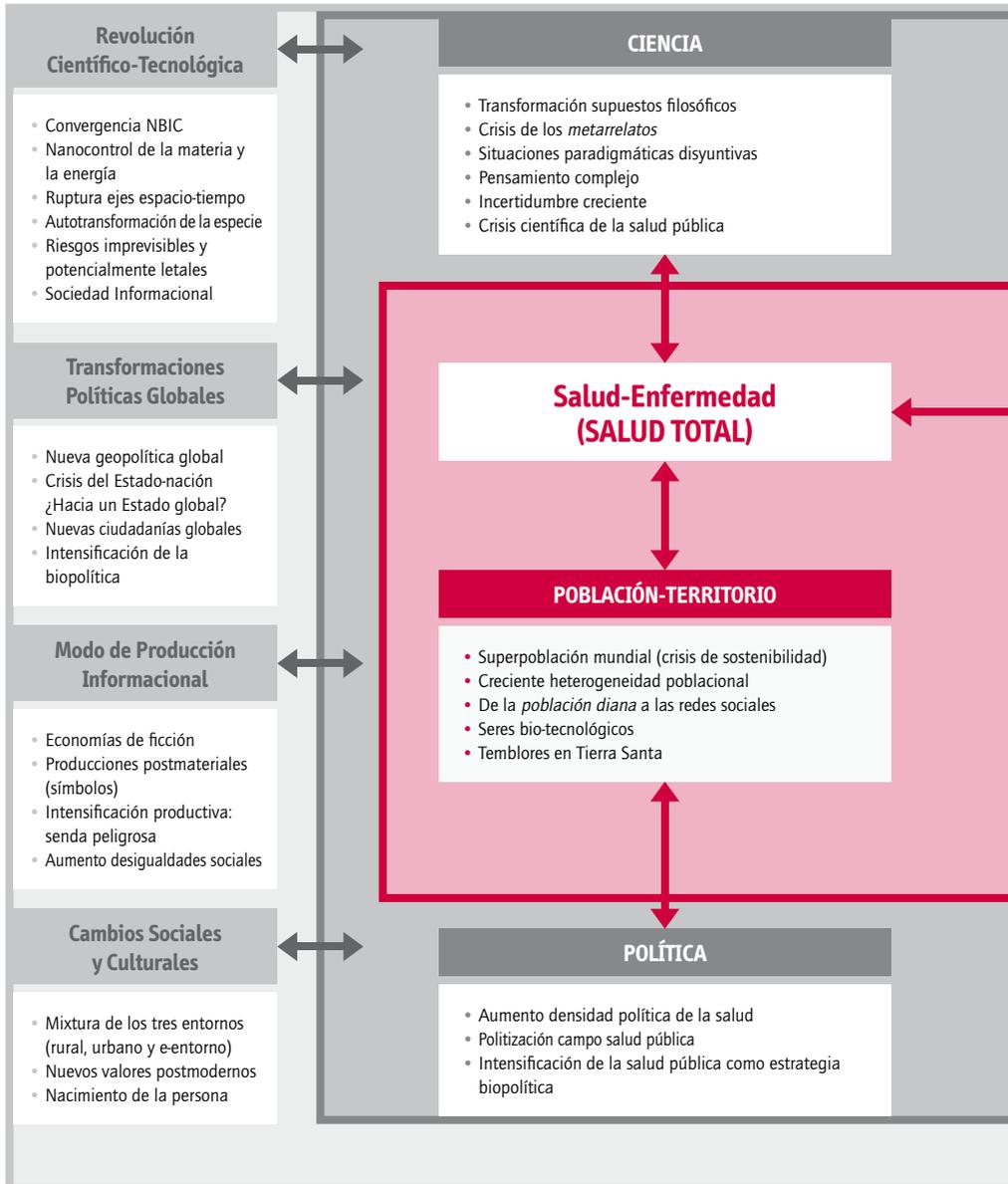
la propia reacción en cadena de la *salud total*) se convierte en causa de mala salud (una causa simbólica). En otras palabras, la nueva frustración se convierte automáticamente en un «problema, determinante o constituyente» de la salud.

La descripción y comprensión de un fenómeno de tal densidad requiere cambiar los tipos de análisis e incorporar diseños de investigación más complejos. Hasta ahora, la mayor parte de la literatura epidemiológica ha girado en torno a la «saga de los factores asociados» (a la diabetes, a la hipertensión, al sedentarismo, a la violencia, etc.). Y esto ha permitido sacar a la salud pública de las probetas del laboratorio, introduciendo variables sociales y culturales en las explicaciones causales. Sin embargo, no ha conseguido escapar de la tiránica flecha lineal, determinista, mecanicista y unidireccional.

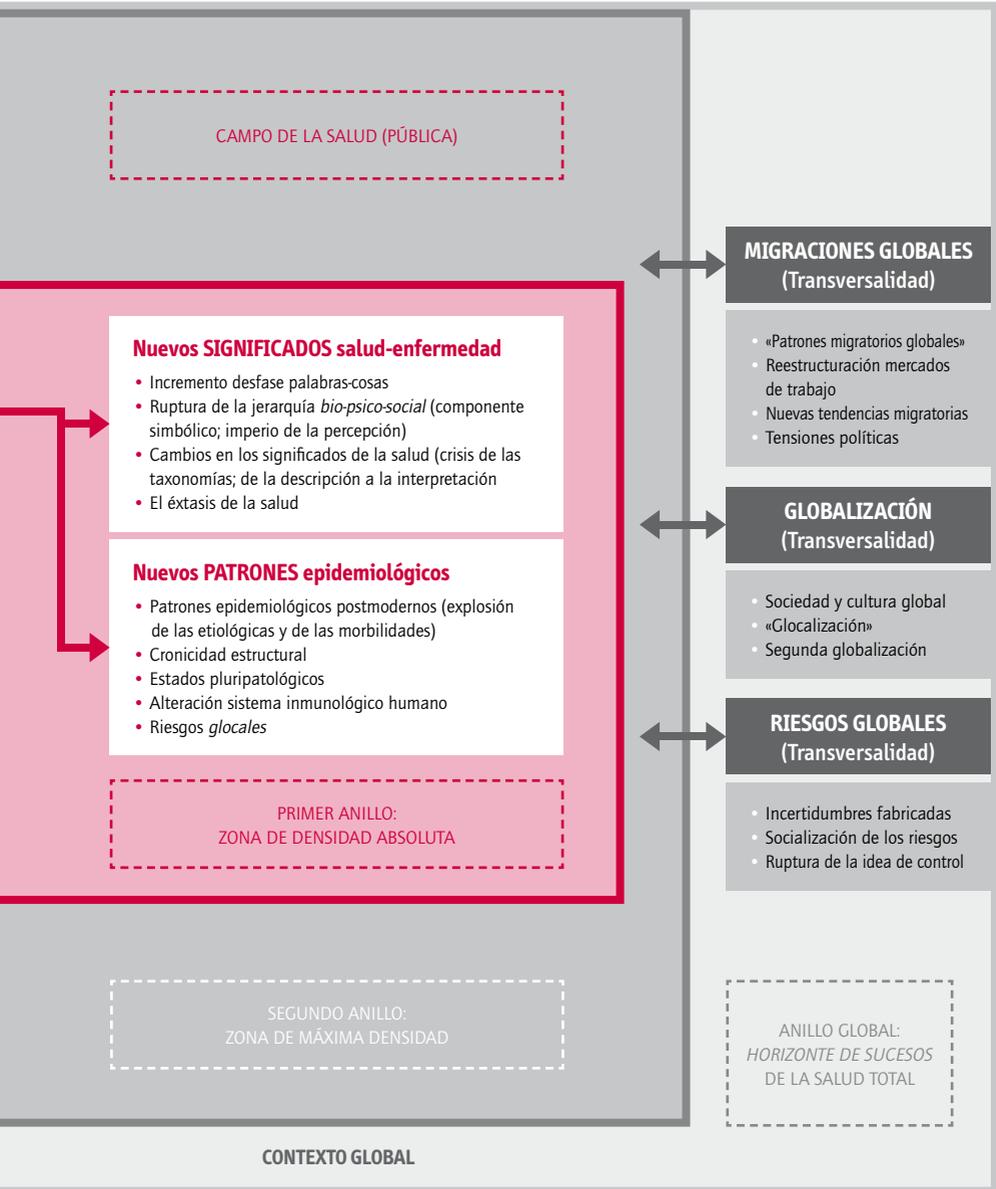
Pero, además, el problema es que «asociado» ya está todo. Por tanto, o damos algunos saltos más, o poco nos quedará que «descubrir» por esa vía. En cierto modo, hay que considerar superada esta fase. El esquema de los *viejos determinantes* de la salud resulta inadecuado porque estaba pensado según los esquemas del pensamiento lineal causa-efecto y no para un mundo donde las etiologías son siempre multicausales, los efectos multidimensionales y la relación entre ambos órdenes es de naturaleza interactiva.

Para el sentido común la enfermedad y vida han sido siempre fenómenos inseparables. Esta afirmación llevaba implícito un condicionamiento inevitable y «duro» de la primera (la enfermedad) sobre la segunda (la vida). La *dureza* y el *sentido* de este condicionamiento es lo que hoy, cada día más, está siendo puesto en duda. Ya no es la enfermedad la que condiciona la vida de una manera tan directa y contundente, sino que es la «vida» (toda ella; lo que incluye la vida cultural y tecnológica) la que regula o gestiona, minimizando, el efecto de los procesos patológicos. Es decir, ahora la vida *condiciona* a la enfermedad, la somete, la controla, la anula. El principal determinante de la enfermedad o de la salud es la vida social.

Gráfico 1. Universo nanografiado de los constituyentes de la salud (pública) en tiempos postmodernos



* Hay una retroalimentación de dinámicas complejas en todo el sistema indicada por las flechas dobles de interconexión entre los distintos elementos (todos ellos, a su vez, interconectados en los tres planos o anillos del gráfico, aunque por razones de claridad visual no se han incluido estas microconexiones o flechas).





Epílogo

Hechas, pues, estas prevenciones, no quiso aguardar más tiempo a poner en efecto su pensamiento, apretándole a ello la falta que él pensaba que hacía en el mundo su tardanza, según eran los agravios que pensaba deshacer, tuertos que enderezar, sinrazones que emendar, y abusos que mejorar y deudas que satisfacer. [...] Y diciendo estas y otras semejantes razones, soltando la adarga, alzó la lanza a dos manos...

Primera salida de Don Quijote

Las grandes transformaciones sociales contemporáneas, cuya convergencia apunta hacia altos niveles de complejidad socio-cultural, están transformando el objeto de la salud pública. En la sociedad informacional, enfermedades, poblaciones, territorios y entornos están siendo tecnomodificados. Lo que, en conjunto, supone la emergencia de un nuevo «contexto» que es, quizá, la transformación más radical del campo de la salud pública en la postmodernidad. Pero la complejidad ya no estaría en la adaptación al contexto (ecosistemas), sino en la construcción de dicho contexto («rhosistemas»). Ya no se puede decir que exista un medio ambiente físico y natural con independencia del «contexto social». Y la profunda interacción entre ambos se intensificará: el «contexto» cada vez será más humano (más construido, más cultural). Y después, probablemente posthumano.

En estas coordenadas, las amplias funciones y actividades de la salud pública post-moderna se podrían sintetizar en una gran macro función: controlar los brotes epi-

démicos de diversa índole que la postmodernidad produce y las alarmas sociales generadas por ellos. De ahí que, actualmente, la mera reducción de la morbi-mortalidad poblacional, entendida en sentido tradicional y biomédico, haya perdido peso cualitativo. El salubrismo futuro tendrá que plantearse objetivos de corte más social y político que sanitario, porque lo más importante de la salud-enfermedad en tiempos postmodernos es su dimensión simbólica, cultural. Ya no se trata solo de reducir o eliminar el mal. Ahora lo importante es *fomentar* el bien (total). Con ello se ha producido un desplazamiento de un enfoque salubrista «defensivo» (como quien dice, de trincheras) a un enfoque proactivo muy global (como quien dice, más estratégico y sofisticado). Los riesgos globales hacen que la salud pública del futuro solo pueda ser una salud pública global. Por lo que será necesario dar el paso de la mera «vigilancia epidemiológica» a la exuberante vigilancia de la salud (total). Y, dado que las transformaciones globales, además de ser muy profundas, no tienen vuelta atrás, no estaría de más extremar también la vigilancia ética y política de los procesos de salud-enfermedad.

Por estas razones, la salud pública del siglo XXI deberá desplegar una enorme capacidad creativa para trascender crítica y reflexivamente los avances ya conseguidos en el siglo XX y empoderarse para superar los escollos por venir. Sabemos desde antiguo que los seres humanos no estaremos libres mientras existan plagas. Y mucho menos hoy, que somos nosotros los que las fabricamos, sea en forma de bioplagas o mediante la intensificación de los riesgos y peligros de nuestros modos de vida y nuestras tenebrosas fuentes de energía. En este momento histórico *entre tinieblas*, en el que la «nanoconvergencia bio-cultural» y el salto evolutivo que el ser humano ha empezado ya a dar al autotransformarse a sí mismo a través de su propia tecnología incrementan la confusión y la incertidumbre acerca de la propia posibilidad de la vida, la salud pública, como estrategia adaptativa, sigue siendo hoy más necesaria que nunca. Pero cada vez debería ser menos despótica y más reflexiva. Debería, además, abrirse al pensamiento complejo, puesto que una realidad compleja requiere abordajes y esquemas epistémicos acordes con dicha complejidad. Y ello implicaría asumir una visión postmaterialista o postmoderna de la salud-enfermedad que trascienda su definición tradicional exclusivamente construida desde criterios biomédicos que operarían sobre la ficción de unos factores de riesgo individuales y modificables a base de buenos consejos salubristas. Por tanto, el cambio de paradigma es el mayor desafío para la salud pública futura, que de-

Salud pública en tiempos postmodernos

bería ser consciente de su labor en la construcción de sujetos auto-eco-organizados, de sus funciones biopolíticas. Y anteponer, frente a los localismos narcisistas y los intereses ideológicos o materiales particulares, un pensamiento estratégico global en términos de especie humana.



Bibliografía

- Adorno WA, Horkheimer M. Sociológica. Madrid: Taurus, 1986.
- Alonso LE, Martín-Criado E y Moreno-Pestaña JL. Pierre Bourdieu, las herramientas del sociólogo. Madrid: Fundamentos, 2004.
- Alonso LE, Callejo J. El análisis del discurso: del postmodernismo a las razones prácticas. REIS, 1999; 88/99:37-73.
- Alonso LE. La era del consumo. Madrid: Siglo XXI, 2006.
- Allin et al. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: European Observatory of Health Systems and Policies: 2004. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E84884.pdf>
- Álvarez Dardet C, Peiró S (eds.). Informe SESPAS 2000. La salud ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
- Álvarez Uría F. Viaje al interior del yo. La psicologización del yo en la sociedad de los individuos. Claves de Razón Práctica, 2005, Nº 153.
- Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram S, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, Sung B, Aggarwal BB. Cancer is preventable disease that requires major lifestyle changes. Pharmaceutical Research, 2008; 5 (9):2097-2115.
- Aristóteles. Política. Madrid: Alianza Editorial, 2000.
- Aristóteles. Retórica. Madrid: Alianza Editorial, 2001.

- Artundo C, Rivadeneyra A. La apuesta por una Nueva Salud Pública en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.
- Artus P, Virard MP. Globalización. Lo peor está por llegar a menos que... Barcelona: Icaria, 2009.
- Arrizabalaga J. Cultura e historia de la enfermedad. En: Perdiguero E y Comelles JM (eds.). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra, 2000. p. 71-81.
- Bauman Z. En busca de la política. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Bauman Z. La sociedad individualizada. Madrid: Cátedra, 2007a.
- Bauman Z. Modernidad líquida. México DF: Fondo de Cultura Económica, 2007b.
- Beck U. La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Madrid: Paidós, 2006.
- Beck U. La sociedad del riesgo global. Madrid: Siglo XXI Editores, 2002.
- Beck U. ¿Qué es la globalización? Barcelona: Paidós, 1998.
- Beck U. La revuelta de la desigualdad. El País, 4 de mayo de 2009.
- Beltrán A. Talento y poder. Historia de las relaciones entre Galileo y la Iglesia católica. Pamplona: Laetoli, 2006.
- Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, (Eds). Salud mental en la inmigración. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
- Beltrán E, Maquieira V, Álvarez S, Sánchez C. Feminismos. Debates teóricos contemporáneos. Madrid: Alianza Editorial, 2008.
- Benavides FG. Vocación científica, vocación política... en la salud pública. Gac Sanit, 2008; 22 (1):81-2.
- Benavides FG, Moya C, Segura A, De la Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit, 2006; 20:239-243.
- Beriain J (Comp.). Las consecuencias perversas de la modernidad. Barcelona: Anthropos, 2007.
- Bericat Alastuey E. Fragmentos de la realidad social posmoderna. REIS, 2003; 102/03:9-46.
- Berkman LF, Kawachi I (ed.). Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
- Bernabé A. De Tales a Demócrito. Fragmentos presocráticos. Madrid: Alianza Editorial, 2001.

Salud pública en tiempos postmodernos

- Berra S, Elorza-Ricard JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009.
- Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996; 312:1215-18.
- Blech J. Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino, 2005.
- Boghossian P. El miedo al conocimiento. Contra el relativismo y el constructivismo. Madrid: Alianza Editorial, 2009.
- Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. El oficio de sociólogo. Madrid: Siglo XXI Editores, 1989.
- Bourdieu P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama, 1997.
- Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama, 2000.
- Bourdieu P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus, 2006.
- Bourdieu P. Cuestiones de sociología. Madrid: Akal, 2008.
- Bruckner P, Finkielkraut A. El nuevo desorden amoroso. Barcelona: Anagrama, 2001.
- Bruckner P. La tentación de la inocencia. Barcelona: Anagrama, 2005.
- Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington DC: Organización Panamericana de Salud, 1988.
- Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós, 2008.
- Calderon C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*, Sep.-Oct 2002; 76 (5): 473-482.
- Calvete Oliva A. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud para las personas europeas. *Rev Esp Salud Pública*, 2008; 82: 273-281.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth A, Sandercock P, Spiegelhalter D et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000; 321:694-696.
- Cantatero-Abad L. Género, estética corporal, alimentación y deporte (Cap. 5). En: Gil M, Cáceres J (Coords.). *Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. Barcelona: Montesinos, 2008 (p. 143-168).
- Casalis D. Diccionario de sociología. Barcelona: Larousse, 1995.

- Castells C. Perspectivas feministas en teoría política. Barcelona: Paidós, 1996.
- Castells M. La era de la información (vol. I). La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial, 2008.
- Castells M. La era de la información (vol. II). El poder de la identidad. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- Castells M, Subirats M. Mujeres y hombres. ¿Un amor imposible? Madrid: Alianza Editorial, 2007.
- Castles S, Miller MJ. The age of migration international population movements on the Modern World. 2ª edición. New York y Londres: The Guildford Press, 1998.
- Castilla A. La gran convergencia tecnológica del siglo XXI. Escenarios alternativos. En: Tezanos JF (ed.). Los impactos sociales de la revolución científico-tercnológica. Noveno foro sobre tendencias sociales. Madrid: Editorial Sistema, 2007.
- Catalá-Villanueva F, de Manuel Keenoy E (eds.). Informe SESPAS 1998. La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
- Cervilla JA, Molina E, Rivera M, Torres-Gonzalez F, Bellon JA, Moreno B et al. The risk for depression conferred by stressful life events is modified by variation at the serotonin transporter 5HTTLPR genotype: evidence from the Spanish PREDICT-Gene cohort. *Mol Psychiatry*, 2007; 12(8):748-755.
- Chaulk CP, Kazandjian VA, Vallejo Gutiérrez P. Evaluación en salud Pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gac Sanit*, 2008; 22(4):362-70.
- Cid-Ruzafra J, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. ¿Hacia una Salud Pública Basada en la Evidencia? *Med Clin (Barc)* 1999; 112 Supl 1:106-110.
- Cockerham WC. Medical Sociology and Sociological Theory. En: Cockerham WC (ed.) *The new blackwell companion to medical sociology*. (Cap. 1; p. 3-22). Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
- Comelles JM, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanitas*, marzo 2007; 13:1-17.
- Comelles JM, Martínez-Hernández A. *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Salamanca: Eudema, 1993.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Bruselas, 23.10.2007.
- Conde F. Encuentros desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev. Esp Salud Pública*, 2002; 76(5):395-408.
- Conde F, Herranz D. Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia. Madrid: Fundación CREFAT, 2004.

Salud pública en tiempos postmodernos

- Conrad P. A mirage of genes. Cap. 35. En: Conrad P (ed.) The sociology of health and illness. Critical perspectives. New York: Worth Publishers, 2009. p. 438-447.
- Crosby A. La medida de la realidad. La cuantificación y la sociedad occidental, 1250-1600. Barcelona: Crítica, 1988.
- Crowe M. Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2007; 69-77.
- Dalhgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in Elath. Background document to WHO- Strategy paper for Europe. Arbertsrapport. Institutet for Framtidsstudier, 2007; 14.
- Daponte Codina A, Bolívar Muñoz J, García-Calvente MM. Las desigualdades sociales en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
- Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, La Parra D. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. Gac Sanit 2008; 22(1):58-64.
- Miguel Rodríguez JM. La salud del futuro. Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura, 1999; 16:101-107.
- Devillard MJ. La construcción de la salud y de la enfermedad. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1990; 51:79-89.
- Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit, 2004; 18 (supl.1).
- Di Trocchio F. Las mentiras de la ciencia. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- Domingo E. Nueva gripe humana de origen porcino. Investigación y Ciencia, 2009; 393:10-12.
- Donati P. Manual de sociología de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Douglas M. Estilos de pensar. Barcelona: Gedisa, 2008.
- Durkheim E. La división del trabajo social (Vol. I y II). Barcelona: Planeta Agostini, 1993.
- Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Madrid: Alianza Editorial, 1988.
- Drucker PF. La gerencia de la sociedad futura. Bogotá: Norma, 2002.
- Echeverría J. Gobernanza de la sociedad europea de la información: hacia una Telépolis europea. En: Tezanos JF (ed.). Los impactos sociales de la revolución científico-tecnológica. Noveno foro sobre tendencias sociales. Madrid: Editorial Sistema, 2007.

- Eliade M. *Herreros y alquimistas*. Madrid: Alianza Editorial, 2004.
- Elias N. *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Emslie C et. al. Gender differences in mental health: evidence from three organizations. *Social Science and Medicine*, 2002; 54: 621-624.
- Esteban ML. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra, 2004.
- Fedoroff NV. Agriculture. Prehistoric GM corn. *Science*, 2003; 302:1158-9.
- Fee E, Greene B. Science and social reform: women in public health. *J Public Health Pol*, 1989; 10:161-77.
- Ferreira MA. Entre religión y ciborg: las nuevas visiones "humanistas" de la ciencia. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2008; 2(1).
- Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- Flenk J. The new public health. *Annu Rev Public Health*, 1993; 14:469-490.
- Foucault M. *Historia de la sexualidad (Vol 1). La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI, 1989.
- Foucault M. *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 2000a.
- Foucault M. *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-textos, 2008.
- Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Akal, 2009.
- Foucault M. *Las palabras y las cosas*. Madrid: Siglo XXI, 2005.
- Foucault M. *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI, 2000b.
- Foucault M. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 1992.
- Franco A. Globalizar la salud. *Gac Sanit*, 2003; 17: 2.
- Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit*, 2008; 22(3):280-86.
- Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 2009; 25 (6).

Salud pública en tiempos postmodernos

- Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península, 1978.
- Garreau J. Radical Evolution. The Promise and Peril of Enhancing our Minds, our Bodies – and what it Means to be Human. New York: Doubleday, 2005.
- Gervás J. Disease mongering by WHO. BMJ. 2009a august 22; 339:b3172.
- Gervás J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 2009b; 1, Nº 4. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss4/6>
- Gerritsen A. Gender differences in health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. BMC Public Health, 2009; 9:109.
- Giddens A. Consecuencias de la modernidad. Madrid: Alianza editorial, 2008.
- Giddens A. La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Cátedra, 2006.
- Gil M, Cáceres J (Coords.). Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales. Barcelona: Montesinos, 2008.
- Gil-Calvo E. Máscaras masculinas. Héroes, patriarcas y monstruos. Barcelona: Editorial Anagrama, 2006.
- Gil-García E, López Fernández LA. Opiniones y discursos en torno a la gripe A en Andalucía. Aracena: Editorial Doble J, 2010.
- Gil-García E, Ortiz Gómez T. La medicalización del malestar. El caso de la anorexia. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Granada, 2008.
- Gil-González D et al. Valoración de los objetivos de desarrollo del milenio mediante la revisión de la literatura científica. Rev. Esp. Salud Pública, 2008; 82 (5).
- Goffman. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
- Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- González López-Valcárcel B, Meneu de Guillerna R, Urbanos Garrido RM, Vázquez Navarrete ML. Informe SESPAS 2008. Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud. Gac sanit. 2008; 22(Supl 1):1-7.
- Grossman J, Mackenzie FJ. The randomized controlled trial: gold standard, or merely standard? Perspect Biol Med, 2005; 48:516-34.
- Guasch O. La crisis de la heterosexualidad (2ª ed). Barcelona: Laertes, 2007.

- Guillén MF. Profesiones y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. REIS, 1990; 51/90:35-51.
- Guix J, Villalví JR, Armengol R, Llebaria X, Manzanera R, Plasencia A. Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de salud Pública de Barcelona. Gac Sanit, 2008; 22(3):267-74.
- Habermas J. El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal? Barcelona: Paidós, 2002.
- Hacking I. ¿La construcción social de qué? Barcelona: Paidós, 2001.
- Hacking I. La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos. Barcelona: Paidós, 2001.
- Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata, 1996.
- Harris M. Caníbales y reyes. Los orígenes de las culturas. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- Harris M. Nuestra especie. Madrid: Alianza Editorial, 1997.
- Harris M. Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- Harris M. Vacas, cerdos, guerras y brujas. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- Harris M. Teorías sobre la cultura en la era postmoderna. Barcelona: Crítica, 2007.
- Harris M. Bueno para comer. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- Hawking S. Breve historia del tiempo. Del big bang a los agujeros negros. Madrid: Alianza Editorial, 2001.
- Health Development Agency. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. Disponible en: www.nice.org.uk/nice-Media/docs/grading_evidence.pdf, 2009.
- Hernández-Aguado I, Fernández-Cano P. Políticas de salud y salud pública (editorial). Gac Sanit, 2007; 21(4b).
- Hernández-Aguado I, Lumbreras B, Jarrín I. La epidemiología en la salud pública del futuro. Rev Esp Salud Pública, 2006; 80:469-474.
- Herodoto. Historia. Madrid: Cátedra, 1999.
- Hobbes T. Leviatán: O la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil. México DF: Fondo de Cultura Económica, 2006.

Salud pública en tiempos postmodernos

- Illich I. *Némesis médica*. México DF: Joaquín Mortiz, 1978.
- Inglehart R. *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1991.
- Institute of Medicine. *The future of Public's Health in the 21st Century*. Washington: National Academy of Sciences, 1988.
- Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009. Disponible en: <http://www.consumo-inc.es/>
- Irigoyen J. *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. Granada: Universidad de Granada, 1996.
- Irigoyen J. *La sociedad ansiosa*. FMC 2004; 11(7):371-2.
- Irigoyen J. *La reinención de los pacientes*. Salud 2000, 2007; 113.
- Jaeger W. *Paideia: los ideales de la cultura griega*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2004.
- Jameson F. *El posmodernismo o la lógica cultural del capitalismo avanzado*. Barcelona: Paidós, 2008.
- Jansá JM, García de Olalla P. *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Gac Sanit, 2004; 18(Supl):207-13.
- Jenicek M. *Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidenced-based public health*. J. Epidemiol, 1997; 7:187-97.
- Juan Jerez M, Rodríguez Díaz JA. *El cuerpo humano ante las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redefinición del nacimiento y la muerte*. REIS, 1994; 68/94: 173-196.
- Kaptchuk TJ. *The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf?* J Clin Epidemiol, 2001; 54:541-9.
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*: University of California Press, 1980.
- Krieger N. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. Int J Epidemiol, 2001; 30(4):668-677.
- Kuhn TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. México DF: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Kurzweil R. *Singularity is near. When humans transcend biology*. New York: Penguin Group, 2005.
- Kymlicka W. *Ciudadanía multicultural*. Barcelona: Paidós, 2002.

- Lakatos I. La metodología de los Programas de investigación científica. Madrid: Alianza, 1993.
- Latour B, Woolgar S. La vida en el Laboratorio. La Construcción de los Hechos Científicos. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Lasch C. La cultura del narcisismo. Barcelona: A. Bello, 2000.
- Lévy E. Diccionario Akal de Física. Madrid: Akal, 1992.
- Lipovestky G. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama, 1986.
- Livi Bacci M. Historia mínima de la población mundial. Barcelona: Ariel, 2008.
- López Alcalde J, Bonfill X. Sobre la salud pública basada en pruebas. (Editorial). Rev Esp Salud Pública, 2008; 82(1).
- López-Piñero JM. Breve historia de la medicina. Madrid: Alianza editorial, 2001.
- Lyon D. Postmodernidad. Madrid: Alianza Editorial, 2005.
- Lyotard JF. La condición postmoderna. Madrid: Cátedra, 2006.
- Lucas Marín A. Fundamentos de sociología. Madrid: Tecnos, 1986.
- MacPherson CB. La teoría política del Individualismo posesivo: De Hobbes a Locke. Madrid: Trotta, 2005.
- Maffesoli M. En el crisol de las apariencias. Para una ética de la estética. Madrid: Siglo XXI editores, 2007.
- Maffesoli M. De la orgía: una aproximación sociológica. Madrid: Ariel, 1996.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasía. Revista de filosofía, II 8 (enero 2007). En: <http://www.revistadefilosofia.org>
- Marmot M, Allen J, Goldblatt P. A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. Social Science and Medicine, 2010; 71:1254-1258.
- Martín-Agudo M, Sierra Quesada JM, Jiménez Martín JM, Escudero Espinosa C. Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2007, vol.81, n.1 [citado 2011-03-10], pp. 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000100006&lng=es&nrm=iso

Salud pública en tiempos postmodernos

- Martín-Criado E. Producir la juventud. Madrid: Itsmo, 1998
- Martín-Criado E. Los decires y los haceres. Papers 56, 1998b; p. 57-71.
- Martín-Criado E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. Rev. Esp. Salud Pública, 2007; 81 (5).
- Martín-Criado E, Moreno Pestaña JL. Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2005.
- Martínez-Barreiro A. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Papers, 2004; 73:127-152.
- Martínez-Hernández J. Nociones de salud pública. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
- Martínez-Hernández A. Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos, 2008.
- Martínez-Hernández A. Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En: Perdiguero E, Comelles JM (eds.). Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra, 2000.
- Martínez-Hernández A. Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. En: Esteban ML. Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. Bilbao: Osalde, 2007.
- Martínez-Hernández A. Antropología y salud mental: dilemas y desafíos contemporáneos. En: Beirut N, García Galán R, González Rojo E. (Eds). Salud mental en la inmigración. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008 (p 33-50).
- Masa ER, Cerutti N, Marín Savoia D. Malaria en El antiguo egipto: investigación sobre paleoinmunología. Chungara, revista de Antropología Chilena, 2000; 32 (1): 7-9.
- Maslow AH. Motivación y personalidad. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
- Maturana H. La objetividad. Un argumento para obligar. Santiago de Chile: Domen, 1997.
- Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Revista de Antropología Social, Universidad complutense de Madrid, 2005; 14:33-69.
- Mills CW. La imaginación sociológica. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Morales Asensio JM. Efectividad de las intervenciones en salud pública: recursos metodológicos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008a.

- Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. Salud Pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev Esp Salud Pública, 2008b; 81:5-20.
- Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa, 2008.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ, April 2002; 324.
- Mullan F. Don Quixote, Machiavelli, and Robin Hood: Public Health Practice, Past and Present. Am J of Public Health, May 2000; 90 (5).
- Navarro V (dir). La situación social en España. Madrid: Fundación F. Largo Caballero, 2005.
- Navarro V, Benach J. Desigualdades Sociales en Salud en España. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo del Gobierno Español, 1996.
- Navarro V. Desigualdades sociales, calidad de vida y salud. El País, 1 de mayo 2008.
- Nettleton S. The sociology of the body. En: Cockerham WC (Ed.). The blackwell companion to medical sociology (Cap. 3; p. 43-63). Malden: Mass. Blackwell Publishing, 2001.
- Nevot M. Evaluación en salud pública: ¿Todo vale? [editorial]. Gac Sanit 2007; 21:95-96.
- Nieto Piñeroba JA. Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género. Barcelona: Bellaterra, 2008.
- Nietzsche F. El ocaso de los ídolos. Madrid: Buma, 1988.
- Nietzsche F. La genealogía de la moral. Madrid: Alianza, 2002.
- Observatorio de la inclusión social. Informe de la inclusión social en España. Caixa Catalunya, Obra Social, 2009.
- Observatorio Permanente de la Inmigración, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009. Disponible en: http://www.mtin.es/es/estadisticas/Inmigracion_emigracion/index.htm
- Ocaña-Riola R, Sánchez-Cantalejo C, Fernández-Ajuria A. Rural habitat and risk of death in small areas of Southern Spain. Social Science and Medicine, 2006; 63:1352-1362.
- Ocaña-Riola R (ed.). Atlas interactivo de mortalidad en Andalucía 1981-2006. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010.
- OCDE Informe Health Data 2008. Disponible en: www.oecd.org/health/healthdata
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2007. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Un porvenir más seguro. Washington DC: OMS, 2008.

Salud pública en tiempos postmodernos

- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Organización Mundial de la salud, 2008.
- OMS. Carta de Otawa para la promoción de la salud. Washington DC: OMS, 1986.
- OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Washington DC: OMS, 2008.
- ONU. Departamento de Asuntos Económicos y sociales. Previsiones demográficas mundiales. Resumen. Nueva York: ONU, 2007. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Spanish.pdf>
- Ortiz-Gómez T. Androcentrismo y género en medicina a lo largo de la historia. Atención Primaria, 2000; 26 (Supl.1):185-187
- Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gac Sanit, 2004; 18 (Supl 1):189-194.
- Osborne R. La construcción sexual de la realidad. Madrid: Cátedra, 2002.
- Osborne R, Guasch O (comps.). Sociología de la sexualidad. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2003.
- Palma MA, Ortiz R, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Policy determinants affecting the hunger development goal. Medicine, 2009; 68:1788-1792.
- Pardel H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Educación médica, 2003; 6(2): 63-80.
- Pardel H. Un nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. En: Oriol Bosch A y Pardel Alenta H (dir.). La profesión médica: los retos del milenio, pp. 11-21. Monografías Humanitas. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004.
- Peña J. Nuevas perspectivas de la ciudadanía. En: Quesada F (de). Ciudad y ciudadanía. Senderos contemporáneos de la filosofía política. Madrid: Trotta, 2008.
- Perea-Milla López E. Diseños de investigación epidemiológica y sus aplicaciones en clínica (Cap. 1) En: Burgos, R (ed.). Metodología de investigación y escritura científica en clínica, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
- Perdiguerro E, Comelles JM (eds.). Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra, 2000.
- Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson, 2004.

- Plummer K. La cuadratura de la ciudadanía íntima. Algunas propuestas preliminares. En: Osborne R, Guasch O (comps.). Sociología de la sexualidad. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2003 (p 25-50).
- Pressat R. Diccionario de demografía. Barcelona: Oikos-tau, 1987.
- Quah S. Health and Culture. En: Cockerham WC (Ed.). The blackwell companion to medical sociology. Cap. 3; p. 43-63. Malden: Mass. Blackwell Publishing, 2001.
- Ramis Andalia RM. La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? Rev Cubana Salud Pública, 2004; 30(3).
- Ramis Andalia RM. Complejidad y salud en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública, 2007; 33 (4).
- Repullo Labrador JR, Segura Benavides A. Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Rev. Esp. Salud Pública, 2006; 80 (5).
- Ribas Mateos N. Una invitación a la sociología de las migraciones. Barcelona: Bellaterra, 2004.
- Rivadeneyra Sicilia A, Artundo Purroy C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. Gac Sanit, 2008; 22(4):348-53.
- Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit, 2008; 22(Supl 1):86-95.
- Robertson R. Glocalización: tiempo-espacio y homogeneidad-heterogeneidad. Cansancio del Leviatán: problemas políticos de la mundialización. Madrid: Trotta, 2003.
- Rodríguez JA, De Miguel JM. Salud y poder. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1990.
- Rodríguez Artalejo F. La salud pública basada en la evidencia [editorial]. Gac Sanit, 1997; 11:201-3.
- Rodríguez JA. La política de las organizaciones de intereses médicos. REIS, 1992; 59/92:121-160.
- Rodríguez JA, Guillén MF. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. REIS, 1992; 59/92:9-18.
- Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Madrid: Elsevier, 2008.
- Rodríguez Ocaña E, Martínez Navarro F. Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
- Rodríguez Ocaña E. Por la salud de las naciones. Higiene. Microbiología y medicina social. Madrid: Akal, 1992.

Salud pública en tiempos postmodernos

- Romaní O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada*, 2002; 9 (7):498-504.
- Romo Avilés N, Gil García E. Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 2006; 8(4):243-50
- Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México DF: Siglo XXI Editores, 1985.
- Rosen G. A history of Public Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
- Rosenfeld D, Faircloth CA. Medicalized Masculinities. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- Rothman K. Epidemiología moderna. Madrid: Díaz de Santos, 1987.
- Ruíz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2009.
- Ruíz de Samaniego A. La inflexión posmoderna: los márgenes de la modernidad. Madrid: Akal, 2004.
- Ruger JP. Democracy and health. *PJ Med*. 2005; 98:299-304.
- Russel B. ABC de la relatividad. Barcelona: Ariel, 1981.
- Ryle JA. "Medicina social" y "salud pública". En: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas (p 126-28). Washington DC: Organización Panamericana de Salud, 1988, pp. 126-28.
- Sabine G. Historia de la teoría política. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- Sanchez M, Pedrazzini Y. Vida Violenta y Vinculos sociales de Urgencia en la Metropoli. In *Fermentum*. Revista de Sociología y Antropología, 1996; Año 6. No. 16 y 17.
- Sánchez-Morales MR. Los impactos de la biotecnología humana sobre la familia. Tendencias de evolución en el nuevo siglo. En: Tezanos JF (ed.). Los impactos sociales de la revolución científico-tecnológica. Noveno foro sobre tendencias sociales (Cap. I, p. 11-28). Madrid: Sistema, 2007.
- Scambler G, Higgs P (ed.). *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology towards 2000*. New York: Routledge, 1998.
- Scambler G. Health and social change. A critical theory. Philadelphia: Open University Press, 2002.
- Seguí L. España ante el desafío multicultural. Madrid: Siglo XXI Editores, 2002.
- Segura Benedicto A. La salud pública y las políticas de salud. *Política y Sociedad*, 2000; 35:55-64.
- Segura Benedicto A. Concepto, competencias y tareas de la salud publica hoy. *Rev Adm Sanit*, 2004; 2(2):169-81

- Segura del Pozo J. Salud pública y algo más. Programar en salud (3). La población diana. En: http://www.madrimas.org/blogs/salud_publica/2009/06/18/120427 [consultado 28 junio 2010].
- Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit*, 2003; 17(Supl 3):23-34.
- Segura A, Villalví JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*, 1999; 13:218-225.
- Sennett R. La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama, 2006.
- Seppilli T. De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de introducción. En: Perdiguero E y Comelles JM (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000.
- Sigerist HE. *Hitos en la historia de la salud pública*. Madrid: Siglo XXI, 1998.
- Sigerist HE. *Civilization and disease*. Chicago: The University of Chicago Press, 1943.
- Silva Ayçaguer LC. *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Madrid: Díaz de Santos, 1997.
- Silver LM. Consecuencias para el futuro de las innovaciones en biotecnología. En: Tezanos JF (ed.). *Los impactos sociales de la revolución científico-tecnológica. Noveno foro sobre tendencias sociales* (Cap. I, p. 11-28). Madrid, Sistema, 2007.
- Simmel G. *La ley individual y otros escritos*. Barcelona: Paidós, 2003.
- Smith BD. Documenting plant domestication: the consilience of biological and archeological approaches. *Proc Natl Acad Sci USA* 98, 2001; 1324-1326.
- Soutullo D. *Biología, cultura y ética. Crítica de la sociobiología humana*. Madrid: Talasa, 2005.
- Soutullo D. El fenómeno de la gripe A. *Página Abierta*, 205, 2009, p. 21-29.
- Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. *Health in all policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- Taylor C. *El multiculturalismo y "la política del reconocimiento"*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2003.
- Taylor C. *Argumentos filosóficos. Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*. Barcelona: Paidós, 1997.

Salud pública en tiempos postmodernos

- Teghtsoonian K. Depression and mental health in neoliberal times: A critical analysis of policy and discourse. *Social Science and Medicine*, 2009.
- The Public Health Functions Committee. Public Health I America. <http://www.health.gov/phfunctions/project.htm>
- The Public Health Functions Project. The Public Health Work-force: an agenda for the 21st Century. Washington D.C.: US Department of Health and Human Services; 1997 [acceso 14 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/pubhlth.pdf>
- Tiefer L. El sexo no es un acto natural y otros ensayos. Madrid: Talasa, 1996.
- Tocqueville A. La democracia en América. Vol. II. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- Toffler A. La tercera ola. Barcelona: Plaza y Janés, 1989.
- Touraine A. ¿Cómo salir del liberalismo? Madrid: Paidós, 1999.
- Torres J. Economía Política. 6ª edición. Madrid: Editorial Pirámide, 2005.
- Tucídides. Historia de la Guerra del Peloponeso. Madrid: Cátedra, 2002.
- Turner BS. Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *REIS*, 1994; 68/94: 11-39.
- Tyler CW, Warren CW. Public Health and Population. En: Wallace RB, Doebbeling BN et al. (Ed). *Public Health and Preventive Medicine* (Cap. 4, p. 51-52). New York: McGraw Hill, 2007.
- Urbanos R (Ed.). Orientación de la futura ley estatal de salud pública. Informe monográfico. SESPAS, 2009.
- Van Dijk TA. Dominación étnica y racismo discursivo en España y América Latina. Barcelona: Gedisa, 2003.
- Vaquero JL. Manual de Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid: Pirámide, 1992.
- Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Atención Primaria* 2006; 37(5):249-50 (editorial).
- Veblen T. Teoría de la clase ociosa. Madrid: Alianza Editorial, 2004.
- Verdú V. Yo y tú, objetos de lujo. El personismo: la primera revolución cultural del siglo XXI. Barcelona: Debolsillo, 2007.
- Verdú V. El estilo del mundo: la vida en el capitalismo de ficción. Barcelona: Anagrama, 2003.
- Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*, 2004; 94:400-405.

- Villalví JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaría X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gac Sanit*, 2003; 17(3):231-237.
- Wallace RB. Public Health and Preventive Medicine: Trends and Guideposts. En: Wallace RB, Doebbeling BN et al. (Ed). *Public Health and Preventive Medicine*. (Cap. 1), p. 3-4, New York: McGraw Hill, 2007.
- Wallerstein I. Geopolítica y geocultura: ensayos sobre el moderno sistema mundial. Barcelona: Kairós, 2007.
- Weber M. Economía y sociedad. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2002.
- Weber M. La ética protestante y el «espíritu» del capitalismo. Madrid: Alianza Editorial, 2001.
- Weber M. El político y el científico. Madrid: Alianza Editorial, 2007.
- WHO World Health Organization. New challenges for public health. Report of an interregional meeting. Geneva, 27-30 November, 1995.
- WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health systems, health and wealth". Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008.
- Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Washington DC: OMS, 2003.
- Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica, 2008.
- Wolin S. Política y perspectiva. Continuidad y cambio en el pensamiento político occidental. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela, 2006.
- Yabar-Maisterrena A. Cambio social y desarrollo económico. Bilbao: Universidad de Deusto, 1986.
- Zapata-Barrero R. Multiculturalidad e inmigración. Madrid: Síntesis, 2004.
- Zehraoui A. Condiciones de cambio, realidades sociológicas e incidencias en la salud de los inmigrantes. En: Solas O, Ugalde A. Inmigración. Salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.

