

January 2015

Una salud: estrategia para la docencia y la investigación interdisciplinar

Luis Carlos Villamil Jiménez

Universidad de La Salle, Bogotá. Grupo de Epidemiología y Salud Pública, lvillamil@unisalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls>

Citación recomendada

Villamil Jiménez, L. C. (2015). Una salud: estrategia para la docencia y la investigación interdisciplinar. *Revista de la Universidad de La Salle*, (68), 191-213.

This Artículo de Revista is brought to you for free and open access by the Revistas de divulgación at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Revista de la Universidad de La Salle* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Una salud: estrategia para la docencia y la investigación interdisciplinar

Luis Carlos Villamil Jiménez*

■ Resumen

En este artículo se presenta una síntesis sobre la visión de las diversas culturas en el tema sanitario, la percepción temprana del concepto *una salud*, los hechos y tendencias que orientaron las políticas de salud pública; además, se muestra cómo la emergencia de enfermedades y las inequidades en salud señalan la necesidad por aplicar una estrategia racional eficiente que desde la intersectorialidad y la interdisciplinariedad contribuya a la solución de los problemas sentidos en el ámbito global y que se configure y adopte la estrategia de *una salud*, como una poderosa alternativa para potenciar los recursos económicos, humanos e infraestructurales que logren la eficiencia de los esfuerzos conjuntos para el mejoramiento de la salud humana, la animal y la ambiental. La academia y la investigación pueden incorporar esta temática como un elemento central en la discusión sobre la prevención y el control de las inequidades en salud, del ámbito nacional y continental, sumando el concepto en las competencias del currículo y como norte para direccionar las acciones de investigación y transferencia.

Palabras clave: salud pública, interdisciplinariedad, cooperación intersectorial, docencia, investigación, *una salud*.

* DMV, MSc., PhD. Profesor titular. Grupo de Epidemiología y Salud Pública, de la Universidad de La Salle. Correo electrónico: lvillamil@unisalle.edu.co

No puede haber salud humana si no hay salud animal y ambas son inviables si el ambiente no es saludable, si está deteriorado, si no es sustentable. Lo anterior ha llevado a revivir el viejo concepto de "una patología", impulsado desde el siglo XIX por Rudolf Virchow en el lejano 1858. La evolución del término fue a "una medicina". Ese concepto en la actualidad es el de "Una Salud", que atiende en forma simultánea e integral a los elementos de la interfase entre la salud humana, la salud animal y el ambiente, de carácter intersectorial y que exigen una integración funcional armónica, sinérgica y altamente eficiente.

Sociedad Interamericana de Salud Pública
Veterinaria, 2009

Introducción

El tema de *una salud*, implícito desde los inicios de la humanidad, cobró vigencia hacia fines del siglo pasado y se convirtió en una alternativa viable para asumir los retos sanitarios locales y globales, si se tiene en cuenta que las estructuras actuales tienen la capacidad de respuesta para la solución de estos, por lo que se requieren nuevas organizaciones que faciliten la comunicación entre las diversas disciplinas, instituciones y sectores que tienen que ver con la salud para atender rezagos y vacíos. La educación tiene un rol protagónico que se debe desempeñar en la formación del recurso humano desde los programas de pregrado, maestría y doctorado.

Durante la Reunión Mundial de Salud Pública, celebrada en Bonito, Brasil, en 2009, la Sociedad Interamericana de Salud Pública Veterinaria (SISPVET) reiteró que la estrategia de *una salud* debía ser considerada como prioritaria para la formulación de políticas sanitarias y la gestión de programas en el ámbito de la salud humana, animal y ambiental.

De acuerdo con la SISPVET, las enfermedades emergentes y reemergentes, las zoonosis y las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) se denomi-

nan *enfermedades tropicales descuidadas*, olvidadas o mal manejadas; se acepta que por ser culturalmente aceptadas, no son atendidas eficientemente, lo que es cuestionable e inaceptable desde la perspectiva de la bioética.

La prevalencia de las zoonosis enfermedades emergentes, reemergentes, de las ETA ocurre particularmente en las poblaciones marginadas, con rezagos en su desarrollo, reflejo de la falta de equidad en la sociedad; son producto de nuestra negligencia para atenderlas, provocan miles de muertos y centenas de miles o millones de enfermos al año (por ejemplo, diarreas) y se sabe que se dan por la falta de atención a los determinantes de la salud.

Lo anterior contribuye a la pobreza, al rezago social, a la educación limitada y al analfabetismo, la desnutrición, la falta de vivienda digna, de servicios sanitarios (agua, drenaje, basura) con baja cobertura. La mala salud es el producto de una inadecuada organización de los gobiernos en los contextos municipales regionales e incluso en el nivel nacional y continental. Tienen que ver también la indiferencia de las agremiaciones de productores, la industria, el comercio, los servicios, las instituciones educativas y las instituciones de investigación, los profesionales, las academias y otras organizaciones no gubernamentales. Se requieren respuestas y acciones interdisciplinarias e intersectoriales en *una salud* para la solución de la crisis.

Los países de América, en algunas oportunidades, han demostrado su capacidad de organizarse con enfoque intersectorial para controlar (ante algunas situaciones de emergencia) varias zoonosis, como influenza, encefalitis equina de venezolana, fiebre amarilla y gusano barrenador del ganado; sin embargo, falta mucho por hacer y ante la aparición de enfermedades emergentes y de pandemias, se necesitan estrategias para la acción que sean eficientes e innovadoras.

La academia y la investigación pueden incorporar esta temática como un elemento central en la discusión para la solución de problemas sanitarios en los ámbitos nacionales y continentales, incluyendo el concepto en las competencias del currículo y como norte para direccionar las acciones de investigación y transferencia.

A continuación se presenta la síntesis sobre algunas de las reflexiones que desde la escuela de pensamiento Cultura salud pública y desarrollo comunitario se han realizado sobre *una salud*, como punto de encuentro interdisciplinar, para pensar en los problemas sentidos desde la perspectiva sanitaria y cómo contribuir desde la universidad con la transformación social y productiva del país.

Antecedentes

A través del tiempo, se trataron de responder los interrogantes con respecto a la enfermedad y la salud, con diversos enfoques y teorías que implicaban la salud humana, la animal y también el ambiente en el contexto de la evolución de las culturas. En una reciente publicación sobre escuelas de pensamiento editada por Pérez (2013), en lo referente a cultura, salud pública, desarrollo comunitario y una salud, se presentaron hechos y tendencias que marcaron desde los inicios de la humanidad la atención de las diferentes culturas que a continuación se sintetizan.

Durante el Paleolítico, cazadores y recolectores dieron lugar a perfiles sanitarios estables con ausencia de epidemias y esperanza de vida relativamente alta. La visión totémica de la realidad comprendía la enfermedad como resultado de la actuación de los espíritus malignos que se debían neutralizar con invocaciones o remedios obtenidos mediante la experiencia generacional (Restrepo y Málaga, 2001).

En el Neolítico, se desarrolló una estructura social sedentaria dependiente de la propiedad de la tierra, los procesos agrícolas y la jerarquización social organizada en ciudades primitivas. El manejo animal, la dependencia del agua, la densidad demográfica, la dependencia de las cosechas, las deficiencias nutricionales el desarrollo del comercio dieron lugar a la aparición periódica de nuevas enfermedades. El perfil epidemiológico estaría determinado por la recurrencia de epidemias y plagas, violencia y guerras como forma de adquisición de nuevos territorios. La enfermedad se entendía como un castigo divino por conductas reprobables. Aparecieron entonces los conceptos de contagio y aislamiento aplicados a los colectivos (Martínez et al., 1998).

La prevención y el saneamiento ambiental

Los riesgos asociados al consumo de alimento de origen animal y a la contaminación ambiental se evidenciaron tempranamente, por lo cual se adoptaron medidas con carácter de ley para garantizar la salud colectiva, como se prescribía en el Levítico:

Todo animal de casco partido y pezuña hendida y que rumie lo comeréis; pero no comeréis los que sólo rumian o sólo tienen partida la pezuña. El camello, que rumia, pero no tiene partida la pezuña, será inmundo para vosotros; el conejo, que rumia y no parte la pezuña, es inmundo; la liebre, que rumia y no parte la pezuña, es inmunda; el cerdo, que divide la pezuña y no rumia, es inmundo para vosotros. No comeréis su carne ni tocaréis sus cadáveres. He aquí los animales que entre los acuáticos comeréis [...] He aquí entre las aves las que tendréis por abominación, y no las comeréis por ser cosa abominable: el águila, el quebrantahuesos [...] Todo volátil que anda sobre cuatro patas lo tendréis por abominación; pero entre los insectos alados que marchan sobre cuatro patas comeréis aquellos que tienen más largas las de atrás para saltar sobre la tierra [...].

El saneamiento ambiental era tenido en cuenta; en el Deuteronomio se señalaba lo siguiente: "Y llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí afuera, cavarás con ella y luego cubrirás con la tierra tu excremento". Las normas para el lavado de manos antes de las comidas y el día de descanso son elementos culturales aplicados a la promoción de la salud.

La práctica temprana de *una salud*

Los griegos adoptaron la praxis temprana de *una salud*, rendían culto a Esculapio, dios de la salud, educado por Quirón, figura mitológica mezcla de humano y animal, ser sabio y experto en el arte de curar. Esculapio tuvo varios hijos, entre los que se destacaron dos mujeres que como deidades significaban enfoques fundamentales: Panacea, la diosa de la curación, e Hygea, la de la salud de las colectividades; de su nombre se derivó la palabra higiene.

En el juramento hipocrático se mencionan estos personajes: Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Hygea y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia.

La higiene fue prioritaria para los romanos; desde el siglo III se iniciaron las obras para conducción de agua de fuentes lejanas y diferentes al río Tíber, la única fuente para Roma. Las casas se construían con cañerías y desagües. Había baños públicos, y el agua era clave para la vida saludable. Como lo afirma Renaud (1996) y lo reiteran Restrepo y Málaga (2001), “lo estratégico, para el futuro es restablecer el equilibrio entre Hygea y Panacea”, es decir, pensar y planificar y actuar dentro del paradigma de *una salud*.

Sin embargo, con el transcurso de los siglos el equilibrio inicialmente logrado entre la salud y la curación se perdió con una dominancia de lo individual sobre lo comunitario y la aparición de las denominadas *inequidades en salud*. “En los tiempos de Homero, se pedía a los dioses por una larga vida y un envejecimiento sano (una muerte sin dolor), Platón afirmaba que era preferible tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico”.

La transformación social, protagonismo de las enfermedades emergentes

Durante el siglo XIV, con la transformación de la estructura socioeconómica y la consolidación de las ciudades, aparecieron las enfermedades emergentes: la gran pandemia de peste negra que devastó al mundo tuvo varias reemergencias. A través del tiempo, otras enfermedades virales y bacterianas afectaron a las poblaciones humanas y animales, como influenza, viruela, sífilis, peste bovina, fiebre aftosa, rabia, cólera, las cuales causaron sufrimiento e incrementaron además la pobreza y la inequidad:

Los estudiosos de la salud mediante la observación, registraban los hechos sanitarios, Fracastorius, epidemiólogo de la época, realizó importantes estudios sobre las epidemias y los mecanismos de transmisión de las mismas; en su obra *De contagio-*

ne et contagiosis morbis et curationem (1546), describía con precisión las enfermedades contagiosas de su época: peste, lepra, tisis, sarna, rabia, erisipela, viruela, ántrax, tracoma, el tífus exantemático, la sífilis y la fiebre aftosa. Estableció el concepto de contagio mediante la transmisión de la semilla viva de la enfermedad (*seminaria contagiorum*) que se adquirían por contacto directo, por medio de fómites (las ropas o los enfermos) o por inspiración del aire.

Se inicia la globalización

En el Nuevo Mundo, con el encuentro de dos poblaciones (la una aislada por siglos, la otra acostumbrada a los viajes y al contacto con diversas etnias y culturas) se inició no solo la globalización de las culturas y los mercados, sino también comenzó un importante proceso de interacción con agentes bióticos de origen humano y animal del Viejo y del Nuevo Mundo: el encuentro de dos culturas diferentes desde el punto de vista biológico y social, la euroasiática y la precolombina:

De América para Europa llevaron pavos, llamas, vicuñas, pecarís, maíz, quinua, cacao, papa, tabaco, pimientos, tomate, calabaza, girasol, maní, vainilla. De Europa para América trajeron, ovinos, porcinos, gallinas, conejos; trigo, cebada, caña de azúcar, vid, plátano, arroz, café, cítricos, olivos, melón, mango, cáñamo.

El resultado de dicho encuentro, unido a la actividad bélica y socioeconómica colonizadora, fue dramático, y la aparición de epidemias contribuyó a la desaparición de comunidades indígenas. La difusión entre europeos de una nueva enfermedad: la sífilis, ligada además a la liberalización de los patrones de conducta y la emergencia de antiguas dolencias europeas en América: influenza, viruela y sarampión, que alcanzaron a la población aborigen y le causaron alta letalidad, aspecto que facilitó el sometimiento y la conquista (Cordero del Campillo, 2001).

Tendencias y logros. Las nuevas generaciones: el catecismo de la salud

Durante el siglo XVIII, se vuelve a pensar en conceptos más integrales con respecto a salud, y en todo esto la educación desempeñó un rol estratégico: John Locke formuló un programa de salud física y mental a través de la educación centrada en los niños. Se publicó el *Catecismo de la salud*, escrito por Bernard Faust en 1874, dirigido a maestros, padres y niños. Con mensajes sencillos y aplicables para su época y también para la actual, privilegiaban la salud, la educación y los buenos hábitos. Pero los mensajes solo llegaban a las culturas alfabetas, los más pobres no tenían acceso a dicha publicación. A continuación se citan algunos apartes tomados de Restrepo y Málaga (2001), referentes al tema:

¿Pueden ustedes niños, estar contentos, reír, bromear y estar listos para comer y dormir cuando están enfermos? No. Solamente podemos hacerlo cuando tenemos buena salud.

[...]

¿Es suficiente preocuparnos por nuestra propia salud? No. Es nuestro deber también preocuparnos por la vida y la salud de otras criaturas semejantes.

[...]

¿Por qué medios particulares puede un cuerpo fuerte y saludable ser afectado y deteriorado? Por una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el comer y el beber; por alimentos nocivos y licores espirituosos; por respirar aire dañino; por molestias ocasionadas por excesivo ejercicio o por inactividad; por calores y fríos excesivos; por aflicción, penas, sufrimientos y miseria y, por muchas otras condiciones, el cuerpo puede ser dañado y cargarse de enfermedad.

Agentes. Ambiente y ciudades saludables. Aportes tempranos de una salud

Para el siglo XIX aparecen importantes personajes que aportaron al conocimiento de su tiempo: Virchow, Duncan, Pasteur, Jenner, Finlay, Snow, Duncan, los cuales identificaron factores culturales relacionados con la salud.

El alemán Rudolph Virchow en sus estudios sobre la epidemia de tifo de 1847-1848 presentó los resultados más clásicos en la historia de la salud pública. En sus publicaciones, Virchow declaraba que “las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuada de los menos favorecidos”. Fue un visionario de *una salud* (citado en Garza y Arvizu, 2012).

William Duncan, el jefe de salud pública de Liverpool, propuso enfoques integrales e intersectoriales desde la perspectiva de las ciudades saludables, un movimiento de mejora de los estándares de vida centrado en cambios ambientales. Otro aporte importante corresponde a Thomas McKeown (1982), quien comprobó que la reducción de la mortalidad humana en Inglaterra, observada después de 1840, se debió a aspectos culturales que implicaron la mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses, y no a las intervenciones individuales de tipo médico (Restrepo y Málaga, 2001).

Jenner, médico rural inglés, gracias a su diálogo con veterinarios y trabajadoras rurales, estableció la metodología para la elaboración de la vacuna contra la viruela humana, a partir del virus de la viruela de las vacas que afectaba a las mujeres encargadas de las labores de ordeño y las protegía del virus de la viruela humana. Pasteur fue un pionero de la microbiología, la vacuna contra la rabia, el ántrax y otros agentes; para honrar a Jenner (y también a la vaca), Pasteur denominó “vacuna” (referente a vaca, virus de los pezones de la vaca) a los productos biológicos elaborados para la protección contra diversas enfermedades de humanos y animales. Dichos hallazgos fueron importantes, ya que *una salud* estaba implícita en sus líneas de pensamiento.

El siglo xx, época de cambios, retos y experiencias

Los eventos registrados durante el siglo pasado, relacionados con conflictos bélicos, las migraciones, la inequidad, el hambre y la pobreza, marcaron la historia política global. La salud tuvo sus propias dinámicas, la especialización de los saberes fue evidente, pero la poca comunicación entre los sectores de salud, agricultura y educación también lo fue; la investigación y la docencia

tomaron caminos disciplinares, las instituciones se especializaron y los programas de salud (tanto en agricultura como en salud pública) trabajaron de forma independiente y poco coordinada.

La aparición de enfermedades emergentes como la pandemia de influenza en 1918 “gripa española” (los países en conflicto no reconocían explícitamente la presencia de la zoonosis, y por ser neutral España publicó información sobre la situación, por esta razón la pandemia se conoció como “gripa española”) ocasionada por un virus H1N1, con características aviares y transmisión hombre-hombre, marcó un hito sanitario después de la Primera Guerra Mundial. Se estima que ocasionó la muerte de más de 40 millones de personas (Ortiz y Villamil, 2013), y todavía circula en el siglo XXI. Hacia fines del siglo, mediante el estudio de cadáveres exhumados pertenecientes a personas fallecidas durante la epidemia de 1918 en Alaska, fue posible confirmar el diagnóstico preciso y la identificación del virus H1N1, gracias a la aparición de la biología molecular cuyas técnicas no estaban disponibles en el momento de la pandemia.

Aparecen las instituciones de las Naciones Unidas. Nuevos enfoques

Después de la Segunda Guerra Mundial, se percibía un clima complejo desde la perspectiva social y económica. La escasez de alimentos era inminente, se estructuró un fondo (conformado por aportes de varios países) para programas de ayuda internacional y la creación de programas institucionales en el ámbito internacional, como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que nació de la fusión de la Oficina Sanitaria Panamericana que funcionaba desde comienzos del siglo XX, con la OMS. Se acordaron metas y se proyectaron nuevas políticas. En el campo de la salud se hicieron valiosos aportes, como los mencionados a continuación.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y de la colectividad, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición hizo parte del preámbulo de la constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York

en 1946. Posteriormente, en el programa Salud para Todos en el año 2000, de la OMS, se expresó que la salud es aquello por conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar de manera activa en la vida social de la comunidad donde viven.

Como lo afirma Navarro (1998), la definición consideraba la salud como un fenómeno somático, psicológico y social, que reconocía las intervenciones en salud pública, incluyendo no solo los servicios clínicos, sino también los sociales, como la distribución de la renta, el consumo, la vivienda, el trabajo, la sostenibilidad del ambiente, los servicios básicos, la producción animal y vegetal, la inocuidad y la seguridad alimentaria.

En este orden de ideas, la salud es un proceso vital compartido por todas las especies y con los procesos ecológicos que gobiernan la vida. La lucha contra los problemas de salud implica otras consideraciones que faciliten compartir recursos económicos, físicos y talento humano; en ese sentido, desde comienzos del presente siglo se postuló la necesidad de proyectar otros modelos y nuevos enfoques.

Adicionalmente, se promulgaron acuerdos y normas internacionales, actualmente vigentes, que no solo consolidaron el derecho a la vida, sino que también reconocieron un nuevo y más complejo derecho humano: el derecho a la salud, traducido como el derecho a una vida saludable y digna. Estos fueron reiterados más tarde por los gobiernos del mundo en la Declaración de Alma Ata en 1978 y en la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en 1990.

La atención individual *versus* la prevención. Nuevos escenarios

La búsqueda de alternativas y de recursos para los servicios facilitó los aportes críticos de profesionales de otras disciplinas. Para Antonovsky (1979 y 1987), la base de la salud era el sentido de la coherencia, donde estaban implícitas las condiciones sociales que rodeaban la vida de los individuos; vinculaba el estado de salud, tanto individual como colectivo, a la cultura, la historia y el desarrollo

comunitario. El Informe de Lalonde (1974) proporcionó un elemento clave para la visualización de situaciones que implicaban enfoques interdisciplinarios y atención al entorno. Cuestionaba la situación de Canadá, donde los recursos se destinaban a la atención de los enfermos y muy poco a la prevención o mitigación de los factores condicionantes de dichas enfermedades, es decir, la cultura y los estilos de vida. Se preparaba así el camino para la reflexión y la búsqueda de nuevos enfoques que facilitaran una nueva visión integral de la salud pública más incluyente, interdisciplinaria y eficaz.

La declaración de Alma Ata y la atención primaria de salud

La Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria en Salud (más conocida como Alma Ata), reunida en Kazajistán entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978 con el auspicio de la OMS, señaló la necesidad por reorientar y racionalizar las acciones con una perspectiva comunitaria. Reiteró, además, lo definido por la OMS: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario".

Asimismo, reconoció la desigualdad en el estado de salud de las personas y de los países desarrollados con el resto del mundo. Señaló que las personas tenían el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria. También resaltó la responsabilidad de los gobiernos, con el fin de promocionar para todos los habitantes del mundo, un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. Señaló la atención primaria de salud como la clave para conseguir este objetivo y como parte del espíritu de justicia social del desarrollo: "La atención primaria, debía reflejar las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades". Hizo énfasis en la educación, en prevención, nutrición, suministro de agua potable y saneamiento básico.

Señaló la intersectorialidad para el desarrollo teniendo en cuenta los sectores agrícola y ganadero, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y demandó de ellos un esfuerzo coordinado. Finalmente, recaló el carácter prioritario que deben tener las asignaciones presupuestales para los temas de salud y comunidad por sobre los temas militares. (OMS, 2000)

La Carta de Ottawa y la promoción de la salud. Lo bioético y social

Parecía que los esfuerzos por el cambio y las iniciativas del pasado no eran suficientes; el sistema sanitario requería otras soluciones. El concepto de *promoción de la salud* (OMS, 1986) buscó un acercamiento a los problemas de salud y una respuesta a la inoperancia de los sistemas de salud con respecto a las necesidades sentidas por las poblaciones.

Con este movimiento, se trató de cambiar el paradigma de lo biomédico a lo social y a la comprensión de los llamados determinantes sociales y culturales de la salud. Hizo hincapié en un enfoque intersectorial de la salud, en el cual deberían conjugarse las políticas públicas y la participación comunitaria en el proceso (Sánchez et al., 2015).

De acuerdo con Restrepo y Málaga (2001), la *Carta de Ottawa* abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. Contempló cinco áreas estratégicas: construir políticas públicas saludables, crear entornos físicos, culturales, sociales, económicos y políticos favorables, fortalecer el desarrollo y la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar en este contexto los servicios (OMS, 1986). De esta manera, constituyó una reflexión objetiva, viable y futurista sobre salud, cultura y desarrollo comunitario, que preparó el terreno para el trabajo interdisciplinar y la cooperación intersectorial.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre de 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció la disposición global para dirigir la cooperación internacional hacia la reducción

de manera coordinada y decidida de la extrema pobreza. En consecuencia, promulgaron los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, señalando también metas concretas para 2015 (Naciones Unidas, 2010).

De los ocho objetivos, siete se fortalecen mutuamente y están orientados a reducir la pobreza en todas sus formas, mientras que el último se concentra en el establecimiento de acuerdos y compromisos entre diversos actores, de forma que ello pueda dar lugar al logro de los siete primeros: “erradicar la pobreza y el hambre, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH SIDA, la malaria y otras enfermedades, el aseguramiento de la sostenibilidad ambiental y el fomento del trabajo cooperativo hacia el” (Naciones Unidas, 2010).

Diez años después del lanzamiento de la iniciativa, cientos de miles de personas han mejorado su calidad de vida. La experiencia ha mostrado que los indicadores pueden mejorar en particular, cuando en el nivel nacional y local se adoptan políticas y acciones, y estas son acompañadas y apoyadas por la comunidad internacional. Aunque los objetivos pueden ser alcanzables, los avances son demasiado lentos y algunos de dichos avances —logrados con mucho esfuerzo— fueron erosionados por las crisis climática, alimentaria y económica (Villamil y Romero, 2012). Lo anterior constituye también un argumento de peso para reiterar la necesidad de nuevos enfoques.

La seguridad alimentaria

Para el período 2010-2012, el número de personas con hambre en América Latina y el Caribe fue de 49 millones, lo que corresponde a una prevalencia estimada del 8,3%. A escala mundial, el número de seres humanos con hambre alcanzó los 868 millones en 2010-2012, lo que corresponde al 8,5% de la población, 98 millones menos que en 2009. Esto significa que un 15% de la población mundial se encuentra en condiciones de subnutrición (FAO, 2001, 2013).

La seguridad alimentaria constituye una meta prioritaria para todos los países. Ha sido definida como “la situación que existe cuando todas las personas tienen

en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 2002). El acceso a los alimentos constituye un derecho fundamental.

Las instituciones y los profesionales del sector agropecuario tienen una gran responsabilidad en lo concerniente a la seguridad alimentaria. En este contexto:

[...] constituye una prioridad el rol político activo en los mecanismos de gobernanza de la seguridad alimentaria y nutricional a escala mundial; políticas de largo plazo para abordar estructuralmente la transformación de los patrones de producción y consumo, a través de un aumento de la inversión en el sector agropecuario, de otorgar prioridad a la inclusión de la agricultura familiar en las cadenas de comercialización, adaptar la agricultura y la ganadería al cambio climático y lograr una mayor transparencia y competencia en los mercados. (FAO, 2001)

Las enfermedades emergentes y reemergentes, interacción humano, animal, ambiente

Desde mediados del siglo pasado, se observaron tendencias importantes en la perspectiva sanitaria, de las poblaciones humanas y animales. Anualmente emergen enfermedades nuevas o emergentes, con un alto impacto en la salud tanto humana como animal, lo cual causa un significativo cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad a escala nacional o regional e incluso en el ámbito mundial, y esto se convierte convirtiéndose en pandemias (Villamil, 2013).

Los agentes denominados virus lentos se diagnosticaron desde la primera mitad del siglo XX, y afectaban a los humanos, ovejas, visones, ciervos y felinos. En 1986, apareció una enfermedad desconocida que causó la epidemia llamada *encefalitis espongiforme bovina* (vaca loca). El agente no era un virus, se trataba de una partícula más pequeña, un prion, una forma alterada de una proteína celular funcional que adquirió capacidad patógena, que afectaba el sistema nervioso, sin producir repuesta inmune, y la cual resistía los procesos comunes de esterilización, siendo viable por años en el suelo. Las consecuencias de la

epidemia fueron graves; la enfermedad apareció en otros países de Europa, Asia y América.

En 1997 en Australia, una enfermedad desconocida causó la muerte de varios equinos y humanos; la causa de la epidemia era un virus de la familia Paramyxoviridae, transmitido por murciélagos frugívoros; fue bautizada como enfermedad de Marborough. En abril de 1999, apareció una epidemia de una desconocida enfermedad que afectaba a los cerdos en la península de Malaysia, la cual se extendió en 2001 hacia India y Bangladesh. En sus inicios se pensó que se trataba de una enfermedad conocida como encefalitis japonesa; posteriormente, se pudo comprobar que se trataba de un virus similar al que se había presentado en Australia, y fue denominado como virus de Nipah. Las explotaciones porcinas rodeadas de cultivos de frutas y la presencia de murciélagos frugívoros (reservorios del virus) conformaron el escenario para el inicio de la epidemia que causó muertes en los humanos y la desaparición de la industria porcina.

Otros virus de influenza han presentado actividad reciente (Ortiz y Villamil, 2013): el H5N1, por ejemplo, afectó seriamente a las aves y en menor proporción a los humanos. El primer brote, en 1997 (Hong Kong), ocasionó seis muertes humanas y millones de aves sacrificadas. En el segundo brote, originado en el sudeste asiático (2003), la enfermedad en las aves se notificó en más de cincuenta países.

En 2009, emergió en México una pandemia ocasionada por un virus de influenza H1N1 (nombrado inicialmente como influenza porcina), capaz de pasar de persona a persona. En pocas semanas la enfermedad se había diagnosticado en 120 países.

En 2013, se reconocieron otros eventos de origen viral: en mayo, Arabia Saudita notificó un nuevo agente patógeno que afectó a las personas; seis de cada diez morían por el nuevo virus MERS CoV (*Middle East Respiratory Syndrome*). Los murciélagos frugívoros y los dromedarios constituían el reservorio del mismo virus; la zona afectada por la dolencia correspondía a una

extensa área agrícola dedicada al cultivo de frutas (dátiles). El virus se presentó en otros países como Italia, Francia, Alemania y Gran Bretaña y Estados Unidos, en viajeros que visitaron la zona afectada.

Por otro lado, un virus de la misma familia se activó en China, entre noviembre de 2002 y julio de 2003, se extendió por varios países y afectó a más de 8000 personas, y les produjo la muerte a 775. El nuevo agente se conoció como SARS (*Severe acute respiratory syndrome*). Los posibles reservorios señalados fueron: civetas de las palmas, tejones, murciélagos y gatos domésticos. Ninguno de los posibles reservorios de los cuales se aisló el virus presentó signos clínicos.

En abril de 2013 (Ortiz y Villamil, 2013), se inició un brote de una enfermedad respiratoria en Shanghái, China. El agente responsable se identificó como una nueva variante del virus de influenza aviar H7N9 (originado por "rearrreglos genéticos" entre virus de aves silvestres, acuáticas y migratorias), en los mercados de aves vivas. El nuevo virus ya superó las barreas geográficas, y ha sido notificado en Taiwán y Fujian.

Cooperación intersectorial, trabajo interdisciplinar, perspectiva del siglo XXI: *una salud*

Como se señaló anteriormente:

El crecimiento de la población, las migraciones y el desplazamiento, el cambio climático, los desastres naturales, la demanda creciente por alimentos de calidad, la pobreza y la inequidad, la aparición de nuevas enfermedades, la activación de algunas olvidadas, la resistencia de los gérmenes a la actividad de los antimicrobianos, las enfermedades transmitidas por los alimentos; la poca cultura de la notificación, la deficiente sensibilidad de los mecanismos de vigilancia y control, la débil percepción del riesgo, la subvaloración de las zoonosis, la fragilidad de los servicios de salud pública veterinaria y la poca coordinación en las redes de laboratorios ameritan una reflexión por parte de los gremios, los sectores salud, agricultura y ambiente, los servicios, la docencia y la investigación.

De acuerdo con Franco (2006), “padecemos más de lo que pensamos e investigamos sobre la interdependencia esencial entre nuestra salud y la de los demás seres vivos”. Convivimos con los animales a diferentes distancias y de diversas maneras. Los animales desempeñan un importante papel en la ciudad y en el campo; nos nutrimos con su carne y con productos como la leche y sus derivados, y los huevos.

Así, pues, el entendimiento de las interacciones entre los humanos, los animales y el ambiente es prioritario, si se quiere contribuir a la mitigación de riesgos globales. Las instituciones de investigación y las universidades exigen nuevos horizontes de acción e innovadoras políticas de investigación. Durante la primera década del presente siglo, las instituciones iniciaron un proceso de búsqueda de nuevas iniciativas para afrontar las urgentes situaciones desde una perspectiva racional y eficiente.

En 2004, convocados por la Universidad Rockefeller en Nueva York, se dieron cita especialistas en salud para discutir las interacciones entre poblaciones humanas, animales domésticos y silvestres, con el fin de fijar prioridades para el establecimiento de estrategias interdisciplinarias. De dicha reunión se obtuvo la declaración conocida como *Principios de Manhattan*, los cuales estaban dirigidos a las instituciones académicas y científicas del mundo para adoptar aproximaciones holísticas para la prevención de epidemias y el mantenimiento de la integridad de los ecosistemas, proponiendo 12 enunciados en relación con:

[...] los nexos entre la salud de los humanos los animales domésticos y la vida silvestre y los desafíos derivados en el contexto de la oferta alimentaria, la economía y la biodiversidad; Las implicaciones para la salud derivadas del uso de la tierra y el agua, así como también el desconocimiento sobre las inter relaciones de las enfermedades emergentes con los factores ambientales; la inclusión de la salud de la fauna silvestre como un componente fundamental de la salud global; la utilidad de los programas de salud que desde la intersectorialidad se preocupen de la conservación y de la atención de las enfermedades emergentes resultantes de la interacción entre especies; el incremento de la inversión en infraestructura y talento humano

para la vigilancia de los problemas de salud humana y animal en el ámbito global. (Paul y Gibbs, 2013).

Además del respaldo inicial alcanzado con la declaración de los Principios de Manhattan, *una salud* generó el apoyo de organizaciones y gremios como la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el Banco Mundial, la Sociedad Médica Americana (AMA), el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Unión Europea, la FAO, la Oficina Internacional de la Salud Animal (OIE) y la Sociedad Médica Veterinaria Americana (AVMA).

En la práctica, este campo proporciona nuevas habilidades, nuevas herramientas y una nueva visión, integrando conocimiento. El concepto *una salud* tiene como objetivo esencial desarrollar una comprensión científica de las relaciones generadas entre la crisis ambiental y la salud, tanto humana como animal, y proponer soluciones a los problemas en la interfaz ambiente y ciencias de la salud para beneficio de todos. Es un área emergente del ejercicio profesional, que se deriva del reconocimiento de la interrelación y la superposición económica, cultural y física de las relaciones e interacciones entre los humanos, los animales y el ecosistema (Garza y Arvizu, 2012).

En este orden de ideas, “la salud es un proceso vital compartido por todas las especies. La salud de los seres vivos está ligada a la interacción entre las especies (humana y animal) y con los procesos ecológicos que gobiernan la vida”. El estudio de la relación entre la medicina y la historia natural, más específicamente la ecología, era mucho más profundo en el pasado, cuando estas dos disciplinas estaban más cercanamente alineadas. Ya Darwin en el siglo XIX, en su trabajo *Origen de las especies*, hablaba de la interconexión e interdependencia de ambos campos de conocimiento.

A pesar de la importancia de esta forma de pensamiento, en las últimas décadas la sociedad ha perdido la habilidad de resolver los problemas basándose en la observación interdisciplinaria y la comunicación intersectorial. El concepto de *una sola salud* surgió como un campo nuevo interdisciplinario que se enfoca en el

estudio de las interrelaciones complejas entre la salud y las preocupaciones ecológicas, como los cambios en la estructura y el uso de la tierra y el agua, la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas, parásitos y contaminantes ambientales, el mantenimiento de la biodiversidad y las funciones que sostienen la vida de animales, plantas y seres humanos (Tabor, 2002; Kaplan, 2011).

En este contexto, la reemergencia del concepto *una salud* (Garza y Arvizu, 2012), que describe la colaboración de diversas disciplinas científicas en la búsqueda de una mejor salud para todos (personas, animales y ecosistemas), señala un novedoso escenario para el diálogo fructífero entre disciplinas y sectores.

Una salud propone que los seres humanos no existen de forma aislada, sino que forman parte del ecosistema de vida total, de las actividades y condiciones que cada miembro tiene y de la capacidad de afectar a los demás. Desde el punto de vista conceptual se debe tratar de utilizar una visión incluyente. El antropocentrismo, por ejemplo, ha señalado una tendencia en la priorización de las enfermedades conforme a la escala zoológica, con lo cual se estableció una separación entre la salud humana y la salud animal, sin tener en cuenta que los seres vivos compartimos el ambiente e incluso la genética.

En una estructura programática inter y transdisciplinar, deben incluirse aportes de diversas áreas y sectores: salud pública, medicina y disciplinas paramédicas, la microbiología, biología, parasitología, economía, veterinaria, desde diversas visiones: la salud individual, la de las poblaciones y los ecosistemas. Lo clave es que se realice un cambio para la reorientación de los servicios, la investigación y la actividad académica universitaria hacia la solución interdisciplinar de los problemas sentidos.

El ejercicio profesional, la docencia y la investigación para *una salud* se materializan mediante el esfuerzo colaborativo de todas las áreas del conocimiento, para el estudio de los problemas sanitarios de los individuos, de las poblaciones y los ecosistemas. En esta perspectiva, las actividades incluyen la investigación en ciencias básicas y médicas, salud pública, salud animal ambiental y ecológica, con el fin de reorientar los servicios hacia la solución de los problemas sentidos

de salud como las enfermedades y alteraciones crónicas prevenibles, las enfermedades emergentes, reemergentes y las zoonosis, al igual que las que tienen que ver con el cuidado del ambiente, la lucha antivectorial, el saneamiento ambiental, el agua potable y los servicios básicos (Garza y Arvizu, 2012; Paul y Gibbs, 2013).

Una salud representa una poderosa alternativa para potenciar los recursos económicos, humanos e infraestructurales, y orientar hacia la eficiencia la salud humana, la animal y la ambiental. Asimismo, hace parte de las reflexiones de la escuela de pensamiento Cultura, Salud Pública y Desarrollo Comunitario y constituye una de las líneas estratégicas de investigación en la Universidad de La Salle.

Agradecimiento

El autor agradece a la Sociedad Interamericana de Salud Pública Veterinaria; a los miembros del grupo de investigación Epidemiología y Salud Pública; a la escuela de pensamiento Cultura, Salud Pública y Desarrollo Comunitario, y a los estudiantes de Epidemiología y Salud Pública, de los programas de maestría y doctorado de la Universidad de La Salle, por sus aportes a la discusión en el tema de *una salud*, fuente para la redacción de este documento.

Bibliografía

- Antonovsky, A. (1979). *Health stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Cordero del Campillo, M. (2001). Las grandes epidemias en la América colonial. *Archivos de Zootecnia*, 50(192), 598.
- García del Pozo, J. (marzo-abril, 2006). Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria*, 20(2).
- García del Pozo, J. (2013) *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Garza, J. y Arvizu, L. (2012). *Hacia una salud: propuesta en el marco de la administración pública federal en México*. México, D. F.: Yire.
- Kaplan, B. (2011). One health or some health. *Veterinaria Italiana*, 47(2), 119-131.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: s. e.
- McKeown, T. (1982). *El papel de la medicina, sueño, esperanza o némesis*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Martínez, F., Castellanos, P. L., Gili, M., Maset, P. y Navarro, V. (1998). *Salud pública*. Madrid: MacGraw-Hill.
- Naciones Unidas [ONU]. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París: autor.
- Naciones Unidas [ONU] (2010). *The millenium development goals report*. New York: autor.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 49-54.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] (2001). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2011*. Roma: autor.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO]. (2002) *The state of food insecurity*. Roma: autor.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] (2013). *World Livestock 2013. Changing disease landscapes*. Rome: autor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. Ciudad de México, México.
- Ortiz, M. P. y Villamil, L. C. (2013). El virus de la influenza aviar H7N9, una nueva variante que afecta seres humanos. *Revista Lasallista de Investigación*, 10(2).
- Paul, E. y Gibbs, J. (2013). The evolution of one health: a decade of progress and challenges for the future. *Veterinary Record*, (174), 85-91.
- Pérez, L. (2013). *Pensar en escuelas de pensamiento. Una aproximación interdisciplinar y transdisciplinar*. Bogotá: Ediciones Unisalle.

- Renaud, M. (1996). El futuro: Hygeia vs. Panakeia. En R. G. Evans, M. R. Barer y T. R. Marmor (Eds.), *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones* (pp. 347-366). Madrid: s. e.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana.
- Reyes M., Villamil, L. C., De la Hoz, F. *La salud pública tanto humana como animal*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, E., Villamil, L. C., Londoño, R. D. y Ortega, J. (2015). Afectaciones de las condiciones de vida y salud: una propuesta conceptual y metodológica desde los determinantes sociales de salud y el desarrollo comunitario. En L. Pérez (Ed.), *Pensar en escuelas de pensamiento. Colectivos interdisciplinarios en construcción* (pp. 313-336). Bogotá: Ediciones Unisalle.
- Sociedad Interamericana de Salud Pública [SISP-VET] (2009). Declaración de Bonito. *Memorias Reunión Mundial de Salud Pública*. Bonito, Brasil.
- Tabor, G. (2002). Defining conservation medicine. En A. Aguirre, R. Ostfeld, G. Tabor, C. House y M. Pearl (Eds.) (2002), *Conservation Medicine, Ecological Health in Practice*. New York: Oxford University Press.
- Villamil, L. C. (2013). Epidemias y pandemias: una realidad para el siglo XXI. Un mundo y una salud. *Revista Lasallista de Investigación*, 10(1).
- Villamil, L. C. y Romero, J. R. (2012). Los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) de las Naciones Unidas: ¿en dónde estamos y para dónde vamos? Fuente de inspiración para priorizar las labores desde la academia. *Revista Lasallista de Investigación*, 8(1).