

Fundamentos de la salud pública y determinantes sociales de la salud

Foundations of public health and social determinants of health

Angela María Clara Alanes Fernández ¹

RESUMEN

La salud pública ha evolucionado de una disciplina centrada en el control de epidemias a una ciencia multidisciplinaria que busca la equidad sanitaria mediante el esfuerzo organizado de la sociedad. Este artículo revisa los fundamentos teóricos y la evolución del proceso salud-enfermedad como un fenómeno socialmente producido. Se analizan los hitos históricos, desde la higiene científica de Johann Peter Frank hasta la era de los determinantes sociales de la salud (DSS) impulsada por el informe Lalonde y la conferencia de Alma-Ata. Se describen detalladamente los pilares de protección, promoción y los cinco niveles de prevención. En el contexto boliviano, se examina la política de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI) y el uso de la carpeta familiar como herramienta estratégica para identificar riesgos biológicos, socioeconómicos y ambientales. Finalmente, se describe la estructura del sistema nacional de salud y el impacto del sistema único de salud (SUS) en la garantía del acceso universal y gratuito.

Palabras clave: salud pública, determinantes sociales de la salud, política SAFCI, carpeta familiar, niveles de prevención.

ABSTRACT

Public health has evolved from a discipline focused on epidemic control to a multidisciplinary science seeking health equity through society's organized effort. This article reviews the theoretical foundations and the evolution of the health-disease process as a socially produced phenomenon. Historical milestones are analyzed, from Johann Peter Frank's scientific hygiene to the era of social determinants of health (SDH) driven by the Lalonde report and the Alma-Ata conference. The pillars of protection, promotion, and the five levels of prevention are described in detail. In the Bolivian context, the family community intercultural health policy (SAFCI) and the use of the family folder as a strategic tool to identify biological, socioeconomic, and environmental risks are examined. Finally, the structure of the national health system and the impact of the universal health system (SUS) in guaranteeing universal and free access are described (1-5).

Key words: public health, social determinants of health, SAFCI policy, family folder, prevention levels.

¹ Philosophical Doctor en Ciencias de la Educación Superior en Salud, Docente titular del Departamento Facultativo de Salud pública de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica de la Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. <https://orcid.org/0000-0001-5842-8657>

Correspondencia a: amcalanes@umsa.bo

Recibido: 1 de marzo de 2026

Aceptado: 4 de marzo de 2026



I. INTRODUCCIÓN

La salud pública ha evolucionado de ser una disciplina centrada exclusivamente en el control de epidemias y el saneamiento ambiental, a convertirse en una ciencia multidisciplinaria que busca la equidad sanitaria a través del esfuerzo organizado de la sociedad (1). En el siglo XXI, el médico no solo debe ser un experto en la clínica individual, sino un gestor de la salud colectiva que comprenda que el proceso salud-enfermedad no es un evento puramente biológico, sino un fenómeno socialmente producido (1).

Históricamente, el enfoque médico se centró en la "teoría del germen" o en factores de riesgo individuales. Sin embargo, la evidencia epidemiológica actual demuestra que la salud de una población depende predominantemente de los determinantes sociales de la salud (DSS): las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (2). Estos determinantes son los principales responsables de las inequidades en salud, es decir, de las diferencias injustas y evitables en el estado de salud de distintos grupos poblacionales (3).

En el contexto de Bolivia, este enfoque se operativiza mediante la política de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI). Esta política rompe las barreras del consultorio tradicional para introducirse en el núcleo familiar a través de herramientas estratégicas como la carpeta familiar (4). Este instrumento permite al sistema de salud identificar riesgos antes de que se conviertan en enfermedades, aplicando niveles de prevención que abarcan desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, garantizando así el derecho fundamental a la vida consagrado en la constitución política del Estado (5).

II. DEFINICIONES FUNDAMENTALES

Para el desarrollo de la salud pública contemporánea, es esencial establecer definiciones precisas que guíen la práctica médica:

- **Salud:** Se define como el “estado de completo bienestar físico, psicológico y social del individuo y de la colectividad, y no simplemente la ausencia de la enfermedad” (6).
- **Salud Pública:** Es el “esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (7). Esta visión moderna se construye sobre los cimientos clásicos de autores pioneros como Winslow (8). En el contexto boliviano, este concepto se materializa a través de la política SAFCI, cuyo objetivo final es la eliminación de la exclusión social en salud (4).
- **Determinantes Sociales de la Salud (DSS):** Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos factores estructurales e intermedios son responsables de la mayor parte de las inequidades sanitarias (2,3,9,10).

III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La evolución de la salud colectiva registra hitos significativos desde la antigüedad hasta la era actual:

- **Antigüedad y edad media:** Existía la noción de salud colectiva; un ejemplo claro son los romanos, maestros de la ingeniería sanitaria que construyeron acueductos y sistemas de alcantarillado al comprender que el agua limpia era vital para evitar enfermedades (11). Posteriormente, en la edad media, las grandes pandemias como la peste negra de 1347 obligaron a establecer las primeras medidas de cuarentena (12).
- **Siglo XVIII (1779):** Johann Peter Frank es considerado el padre de la salud pública y la medicina social por sentar las bases de la

higiene científica. Promovió la medicina preventiva, el saneamiento ambiental y la noción de que la pobreza es la causa principal de las enfermedades (12).

- **Siglo XIX:** Rudolf Virchow (1848), tras estudiar un brote de tifus, afirmó que la medicina es una ciencia social e introdujo la idea de que la pobreza y la falta de libertad eran causas directas de enfermedad (13). John Snow (1854), durante el brote de cólera en Londres, mapeó los casos y descubrió que el foco era una bomba de agua contaminada, demostrando que la enfermedad tenía causas ambientales y sociales (14).
- **Siglo XX:** Henry Sigerist (1945) definió las cuatro grandes tareas de la medicina: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación; señalando que la salud de un pueblo depende de sus condiciones de vida y no exclusivamente de la asistencia médica (15). El informe Lalonde (1974) explicó que la salud depende de cuatro determinantes: estilos de vida (43 %), biología humana (27 %), medio ambiente (19%) y sistemas de salud (11 %), siendo este último el que menos influye (16).
- **Hitos Internacionales:** La conferencia de Alma-Ata (1978) consolidó la atención primaria de salud (APS) para lograr "salud para todos en el año 2000" (17). La carta de Ottawa (1986) planteó estrategias integrales de promoción (18). En Bolivia, la "carta de octubre" (1997) de la UMSA estableció la obligatoriedad del contacto de los estudiantes con la comunidad desde el primer año (4). Finalmente, la conferencia de Astana (2018) reavivó el compromiso con la cobertura sanitaria universal (19).

IV. COMPONENTES Y NIVELES DE PREVENCIÓN

La operatividad de la salud pública se basa en tres componentes:

- **Protección de la salud:** Son las acciones de control sanitario del medio ambiente, orientadas a mantener el agua, el aire y los suelos libres de contaminantes e incluye preservar ambientes laborales seguros (20).
- **Promoción de la salud:** Consiste en proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma, modificando positivamente los determinantes para luchar contra las inequidades sociales (3,9).
- **Prevención de la enfermedad:** Incluye un conjunto de intervenciones dirigidas a evitar daños en la salud e impedir la aparición de enfermedades (20). Estos conceptos se basan en la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark (21).

Los niveles de prevención se categorizan en:

- **Prevención primordial:** Evita que aparezcan los factores de riesgo, actuando sobre patrones sociales, económicos y culturales (ej. leyes de ambientes 100% libres de humo de tabaco) (22).
- **Prevención primaria:** Acciones en el periodo prepatogénico. Incluye la **específica médica** (vacunas, nutrientes, equipos de protección) y la **no específica** (educación en salud, ferias de salud) (16,21).
- **Prevención secundaria o recuperación:** Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno mediante tamizaje (ej. antígeno nasal, glicemia capilar) para evitar complicaciones, secuelas y la muerte (16,21).
- **Prevención terciaria (rehabilitación):** Intervenciones cuando la enfermedad ya ha dejado secuelas, facilitando la reinserción social y laboral (16,21).
- **Prevención cuaternaria:** Orientada a evitar el perjuicio provocado por intervenciones médicas innecesarias, basándose en el principio de "*primum non nocere*" (22) (Figura 1).

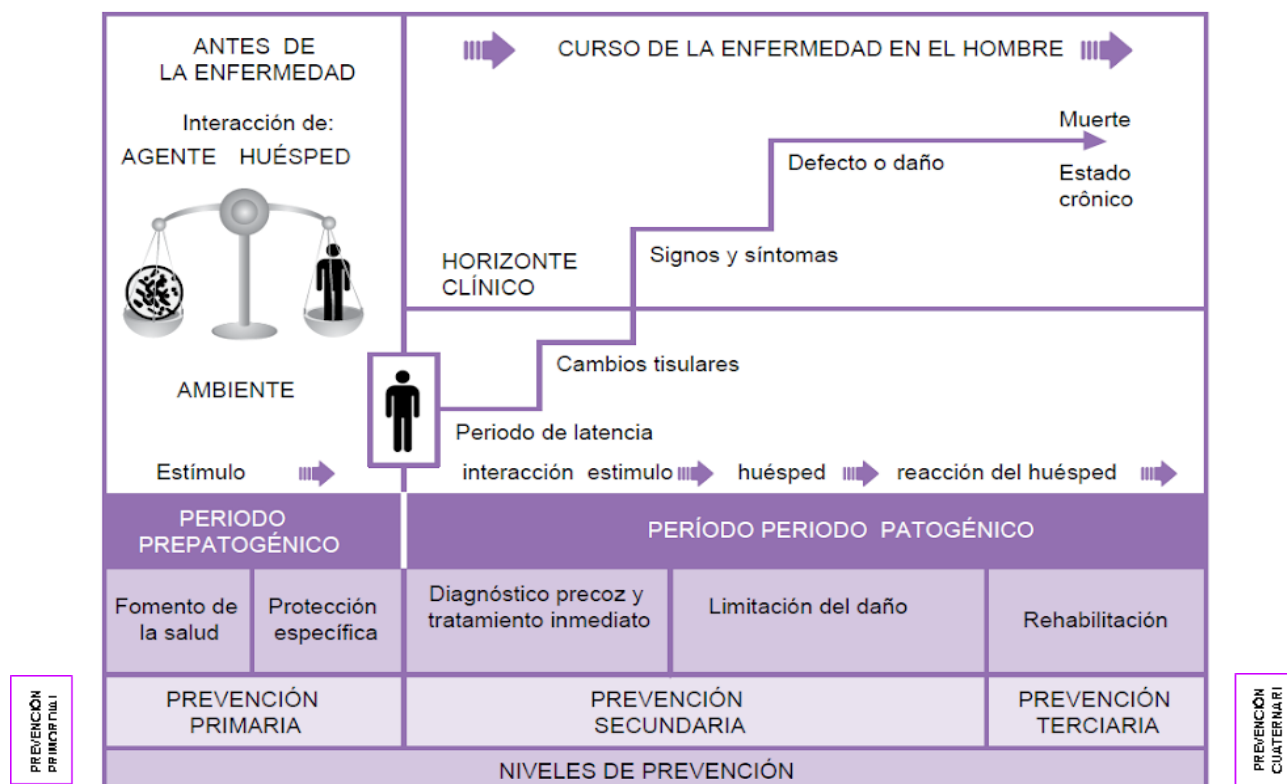


Figura 1. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención

Fuente: OPS/OMS, MOPECE, 2002, p. 20 (22).

V. DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES

La OMS define los DSS como las circunstancias de vida que dependen de las políticas adoptadas (2,3,9). El "gradiente social" indica que, a menor posición socioeconómica, peor salud y menor esperanza de vida (2,3,9).

El modelo de capas de Dahlgren y Whitehead clasifica estos factores en estructurales, que generan la estratificación social, e intermedios, como la vivienda y el propio sistema de salud (3-5, 20).

1. Determinantes estructurales ("causas de las causas"): Generan la estratificación social (contexto político, clase social, educación, género y etnicidad) (3-5) (Figura 2).

2. Determinantes intermedios: Factores como vivienda, saneamiento, nutrición y el propio sistema de salud, el cual puede amortiguar o amplificar las desigualdades (20).

En este contexto también se debe diferenciar la **desigualdad en salud** (factores biológicos inevitables) de la **inequidad en salud** (desigualdades sistemáticas evitables e injustas) (2,3,9). Para combatirlas se exige la estrategia de "salud en todas las políticas" (2,3,9).

VI. LA CARPETA FAMILIAR EN LA POLÍTICA SAFCI

La carpeta familiar es el instrumento técnico-político, médico-legal y confidencial esencial para la aplicación de la SAFCI (3-5).

Su contenido íntegro se organiza de la siguiente manera:

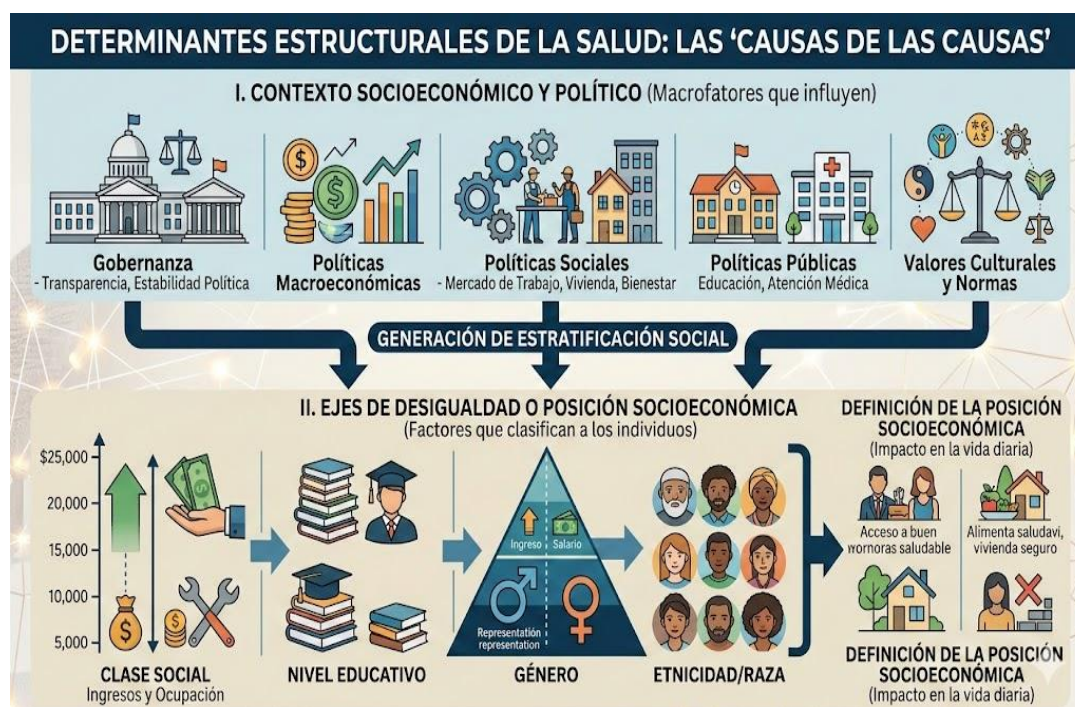


Figura 2: Determinantes estructurales de la salud

Fuente: Ministerio de salud y deportes (Bolivia), 2018 (21).

- **Datos de identificación de la familia:** Incluye la ubicación geográfica exacta, el número de carpeta y la autoidentificación étnica del jefe o jefa de familia (20).
- **Estructura y dinámica familiar (genograma):** Es una representación gráfica de al menos tres generaciones que permite identificar vínculos, ciclos vitales y posibles disfunciones familiares (20).
- **Salud de los integrantes:** Contempla información individual sobre edad, sexo, ocupación, estado de salud (enfermedades crónicas) y seguimiento de vacunas y nutrición (20).
- **Determinantes de la salud (evaluación de factores de riesgo):** Este componente analiza el entorno evaluando materiales de la vivienda, acceso a servicios básicos, tenencia de animales y seguridad alimentaria (20).
- **Comportamiento familiar:** Evalúa hábitos como el consumo de alcohol, tabaco y la práctica de medicina tradicional (20).
- **Evaluación y plan de seguimiento:** El personal categoriza a la familia según su riesgo y establece un plan de intervención conjunto (20).

Clasificación del riesgo familiar, según la información obtenida en la Carpeta familiar (20):

- **Rojo (riesgo muy alto):** Cuando se identifica casos de desnutrición grave, abandono de tratamiento de tuberculosis o embarazos de alto riesgo, en algún miembro de la familia.
- **Amarillo (riesgo moderado):** Cuando se identifica presencia de enfermedades crónicas controladas o saneamiento deficiente en la familia.
- **Verde (bajo riesgo):** Familias que cuentan con factores protectores, como una vivienda saludable, saneamiento básico y nutrición adecuada.

VII. SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO

Según la OMS, un sistema de salud es la “suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población”. En Bolivia está integrado por tres subsectores (20, 26):

1. **Público:** Dependiente del Ministerio de Salud, SEDES y municipios. Para 2018, contaba con 3123 centros de primer nivel, 76 hospitales de segundo nivel y 32 de tercer nivel (20, 26).
2. **Seguridad social:** Constituido por 16 entes gestores (como la Caja Nacional de Salud) financiados por cotizaciones de trabajadores asalariados (20,26).
3. **Privado:** Abarca entidades sin fines de lucro, clínicas privadas y la medicina tradicional, conformada por parteros, yatiris y curanderos, organizados como la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA).

Asimismo, desde marzo de 2019, la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) pretende garantizar el acceso gratuito a la salud, basando su éxito en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Sin embargo, se deja a criterio del lector si se cumple con este principio. Comprender estos fundamentos son competencias esenciales para el médico en formación (24).

VIII. CONCLUSION

En conclusión, la salud pública moderna exige trascender el modelo biomédico para abordar las causas estructurales de la enfermedad. En Bolivia, el fortalecimiento de la política SAFCI y el uso operativo de la Carpeta Familiar representan el camino para mitigar las inequidades sociales. Finalmente, la consolidación del SUS asegura que el derecho a la salud sea una realidad tangible para toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: The Stationery Office; 1998. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-inequalities-in-health-report>.
2. Marmot M, Wilkinson RG, editores. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
3. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
4. Bolivia. Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008 (Modelo SAFCI). La Paz; 2008. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-29601.html>.
5. Ministerio de Salud y Deportes (BO). SAFCI: Documento técnico estratégico versión didáctica. La Paz; 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d_dgps_upsyms_p304.pdf.
6. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra: OMS; 1946. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/sp/constitution-sp.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Washington (DC): OPS; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/f3f1a9f2-632d-42e3-b1bf-f07055a77a74>.
8. Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920;51(1306):23–33.
9. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington (DC): OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

10. World Health Organization. Health inequities and their causes [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-inequities-and-their-causes>.
11. Tulchinsky TH, Varavikova EA, Cohen MJ. The new public health. 4th ed. San Diego: Academic Press; 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9780128229576/the-new-public-health>.
12. Rosen G. A history of public health. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 2015.
13. Virchow R. Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia (1848). Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/download/10/10/43>.
14. Snow J. On the mode of communication of cholera. 2nd ed. London: John Churchill; 1855. Disponible en: <https://archive.org/details/b28985266>.
15. Sigerist HE. Civilization and disease. Ithaca (NY): Cornell University Press; 1944.
16. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: 1974. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
17. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. USSR; 1978. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>.
18. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva: WHO; 1986. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
19. World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>.
20. Ministerio de Salud (BO). El Nuevo Sistema Único de Salud: bases técnicas y políticas. La Paz; 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/41502008/El_Nuevo_Sistema_Único_de_Salud_Univers_al_y_Gratuito_Bases_técnicas_y_políticas.
21. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1965.
22. Organización Panamericana de la Salud. MOPECE. 2a ed. Washington (DC): OPS; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstreams/29f6e4f7-cb7a-48ce-82bf-85d3e708144a/download>.
23. Breilh J. La determinación social de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(Supl 1):S13–S27. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637>.
24. Suárez J, et al. Competencias esenciales en salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):47–53. Disponible en: https://journal.paho.org/sites/default/files/07--SPEC--Suarez--47-53_RD6.pdf.
25. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: <https://iris.who.int/home>.
26. Ministerio de Salud y Deportes. Ley N° 1152 (SUS). La Paz: Gaceta Oficial; 2019. Disponible en: <http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo>.