

Edmundo Granda Ugalde
La salud y la vida

Edmundo Granda Ugalde | *La salud y la vida* | VOLUMEN 1







Edmundo Granda Ugalde
La salud y la vida

V O L U M E N 1

Quito, marzo 2009

La salud y la vida

Edmundo Granda Ugalde

VOLUMEN 1

Quito, Ecuador

Primera edición: marzo del 2009

2.000 ejemplares

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Caroline Chang Campos, Ministra

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS

Jorge Luis Prospero, Representante Ecuador

Consejo Nacional de Salud del Ecuador - CONASA

Hugo Noboa, Director

Consejo Nacional de Educación Superior

Gustavo Vega, Presidente

Universidad de Cuenca

Jaime Astudillo, Rector

Universidad Nacional de Loja

Gustavo Villacís, Rector

Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES

Catalina Eibenschutz y Leticia Artiles, Coordinación General

Mauricio Torres, Coordinador Región Andina

COMITÉ EDITORIAL

Zaida Betancourt, ALAMES

César Hermida, Universidad de Cuenca

Hugo Noboa, CONASA

Martha Rodríguez, OPS/OMS

Diseño e ilustración de portada: Liliana Gutiérrez, Lápiz y papel

Impresión: Imprenta Noción

Impreso en Ecuador

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de las instituciones auspiciantes.

La información de esta obra puede ser utilizada siempre y cuando se cite la fuente.

Índice

Presentación	9
Semblanza: Edmundo de la vida	13

Artículos

Ciencia, Estado y servicios de salud (Quito, 1985)	33
Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina (La Habana, 1990)	41
Escuela de Salud Pública: un espacio para la lucha en salud (Quito, 1991)	51
Práctica en salud y socialismo (Quito, 1992)	59
Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI (Tegucigalpa, 1996)	69
Algunas ideas sobre la organización de redes en salud (Quito, 1996)	83
El sujeto, la ética y la salud (Buenos Aires, 1997)	97
Salud pública e identidad (Bogotá, 1999)	111
Salud: globalización de la vida y de la solidaridad (La Habana, 2000)	135
Integralidad y vida (Porto Alegre, 2001)	155
ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina (Lima, 2004)	169
El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico (Quito, 2007)	187
Curriculum vitae Dr. Edmundo Granda Ugalde	225

Presentación

La producción de Edmundo Granda a lo largo de casi cuatro décadas de activista político y ético por la salud pública, que comenzó en su época de estudiante y dirigente estudiantil en la Universidad de Cuenca, es tan vasta y diversa, que se requeriría de varios volúmenes para tener una recopilación completa. Trabajo pendiente que deberá cumplirse en etapas, con una exploración minuciosa en su taller de mago, disperso entre su oficina, su casa, los afectos, los acordes de jazz y sus computadoras, en universidades, archivos institucionales y personales, y aun en las casas de muchos amigos y amigas, que tuvieron el privilegio y honor de compartir largas y ricas tertulias con él.

De hecho, varias de sus obras, trabajadas algunas en forma individual, pero la mayoría colectivamente, fueron publicadas desde hace algunas décadas en múltiples ediciones a lo largo de Latinoamérica, convirtiéndose en referentes para universidades, postgrados de salud pública y en general para militantes por la salud. De entre ellas se destacan de manera emblemática “Investigación de la salud en la sociedad”, “Ciudad y muerte infantil” o “Deterioro de la vida”.

Sin embargo, mucha de su producción posterior, correspondiente especialmente a las décadas de 1990 y 2000, está dispersa en decenas de artículos, ponencias y debates presentados a lo largo de la Patria Chica y la Patria Grande, recogiendo momentos simbólicos de rupturas con esquemas ideológicos y paradigmas que protagonizaron el escenario de la salud pública y la política en el siglo XX.

“El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de Antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico” no puede ser más demostrativo de los importantes cambios o reafirmaciones de profundas inquietudes de Edmundo a lo largo de su vida, desde una militancia ortodoxa de izquierda hasta una apertura a las concepciones andinas de la vida circular, que ubican al ser humano como un humilde y privilegiado huésped de la Pacha Mama y no como el dueño de La Tierra y su brutal depredador. Todo ello, sin perder nunca su gran compromiso ético con la vida, la salud, las transformaciones revolucionarias y la tolerancia a la diversidad de pensamiento.

En este sentido y a propósito de las dobles rupturas epistemológicas (en metodología y en metódica) a la que se refiere citando a Boaventura de Sousa Santos en su severa crítica a la salud pública convencional, Edmundo concluye que:

“La salud pública, en los momentos actuales, tiene que ofrecer respuestas diferentes a las que tradicionalmente ha organizado. No puede seguir interpretando la población y la naturaleza como objetos, sino que tiene necesariamente que comprenderlos como sujetos y proponer nuevas formas de diálogo. El saber en salud pública requiere cambiar, desde un conocimiento comandado por la razón indolente o tecnológica hacia un diálogo multicultural que reconoce las potencialidades de otros saberes. Debe, por otro lado comprender que la acción científica tiene necesariamente que responsabilizarse por las consecuencias que dicha intervención produce”.

“La salud pública como disciplina, a más de encontrar nuevos derroteros filosóficos, tiene que encontrar métodos posibles que den cuenta de las necesidades establecidas en este proceso de transición paradigmática que parece que estamos viviendo. En ese sentido, la necesidad de una doble hermenéutica o una doble ruptura epistemológica en la aproximación a la realidad en salud parecen ser interesantes instrumentos de reflexión y acción. Estas nuevas propuestas para organizar el proceso de conocimiento nos abren las puertas para dar paso a ecologías de saberes que posibiliten escuchar silencios o visualizar no existencias producidos por la ciencia hegemónica.”

El presente volumen presenta algunos de los artículos que dan cuenta de la sistemática exploración que Edmundo Granda realizó en la producción científica y filosófica más relevante en el campo de la salud colectiva, salud pública (salud de los públicos como la llamaba) y la medicina social, en los recovecos de las políticas, institucionalidad e instrumentación, y sobre todo en la realidad lacerante de nuestros pueblos y sus derechos postergados, para tratar de encontrar respuestas comprometidas, aunque algunas veces en el intento terminemos haciendo y deshaciendo pescaditos de oro como el Coronel Buendía en Macondo.

Maturana, Sousa Santos, Giddens, Castells, Beck, Morin, Turaine, Marina o el mismo Heidegger, fueron algunos de sus compañeros de búsquedas, escarbando en la profundidad de los significados y los símbolos de lo cotidiano y sus representaciones conceptuales más complejas, que muchas veces nos fue difícil comprenderlas.

Los trece artículos que se presentan en este volumen corresponden a temas relacionados con los desafíos de la salud pública en un mundo globalizado y están ligados a la evolución de su pensamiento dentro de la Organización Panamericana de la Salud, en la que trabajó por más de 20 años, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) de la cual fue uno de sus fundadores en 1984, compartiendo múltiples y enriquecedoras reflexiones con sus hermanos y hermanas de Cuba, Brasil, Colombia, Venezuela, Bolivia, Perú, Argentina o Centro América y por su puesto Ecuador. Se incluye también en este volumen algunos artículos y ponencias de Edmundo Granda sobre los servicios de salud y las reformas sanitarias, en los cuales hace importantes aportes sobre la construcción de redes, evidenciando su criterio de que el trabajo en red potencializa el oficio de la salud pública y por supuesto el debate constructivo, como lo demostró durante mucho tiempo al mantener la red virtual que hoy continúa a través de la Red “Pavito Pakarina” (Pavito – Edmundo, Pakarina - Amanecer).

Los artículos y ponencias, ordenados en orden cronológico, que se presentan en este volumen son:

- Ciencia, Estado y servicios de salud (Quito 1985)
- Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina (La Habana 1990)
- Escuela de Salud Pública: un espacio para la lucha en salud (Quito 1991)
- Práctica en salud y socialismo (Quito 1992)
- Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI (Tegucigalpa 1996)
- Algunas ideas sobre la organización de redes en salud (Quito 1996)
- El sujeto, la ética y la salud (Buenos Aires 1997)
- Salud pública e identidad (Bogotá 1999)
- Salud: globalización de la vida y de la solidaridad (La Habana 2000)
- Integralidad y vida (Porto Alegre 2001)
- ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina (Lima 2004)
- El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico (Quito, 2007)

Edmundo Granda en muchos de estos artículos es un duro cuestionador de lo que él denomina la *enfermología pública*, como una caricatura de la salud pública convencional y hegemónica, a la cual caracteriza con tres rasgos fundamentales:

- *El presupuesto filosófico – teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud;*
- *El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población y el estructural - funcionalismo para comprender la realidad social; y,*
- *El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.*

En futuros volúmenes aspiramos a publicar otros trabajos de Edmundo Granda relacionados con los recursos humanos en la salud, bioética, metodología de la investigación, salud de los trabajadores y el amplio campo de la promoción de la salud, en donde se puede encontrar artículos desde la década de 1980 dedicados a la comunicación, 1990 sobre políticas saludables y en los 2000 sobre ética, medicinas tradicionales, género y salud. Esperamos también recuperar también alguna de su producción literaria, que sin ser lo más fuerte en su oficio de escritor, representa la diversidad de sus pensamientos, percepciones y sensibilidades.

De esta manera pretendemos mantener vivo y difundir el pensamiento del gran ser humano y polifacético que fue Edmundo Granda, y contribuir a recopilar una parte de la historia de la salud pública ecuatoriana y latinoamericana, a la cual el médico y filósofo aportó desde el hacer y el pensar.

Quito, enero de 2008

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
 Consejo Nacional de Salud del Ecuador
 Consejo Nacional de Educación Superior
 Universidad de Cuenca
 Universidad Nacional de Loja

Asociación Latinoamericana de Medicina Social
 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Representación en el Ecuador

Semblanza

Edmundo de la vida

La intensa vida de Edmundo nos deja preguntas, dudas y certezas. ¿Debemos dejarlo descansar coincidiendo con el Zen o hacer algo al unísono de nuestros sentimientos más profundos? Lo cierto es que su partida se presenta con la energía de los grandes y recorre nuestros cuerpos incrédulos en una intimidad que cobra sentido en el espacio público. Por esto, nos aproximamos a su vida desde un diálogo colectivo¹, pues coincidimos y dijimos sí, hay que hacer memoria de su legado, para que sus sueños que acompañaron los nuestros, despierten en todos los niños y niñas, en su nieto y su nieta, y en todos los caras sucias de la Tierra.

Escribimos esta semblanza porque Edmundo es un ser que permanecerá en la vitalidad de su producción; en las personas que formó y cultivó valores, sueños, compromisos y esperanza; en los procesos de cambio y construcción social que apoyó y en los que estamos insertos.

Escribimos porque compartimos con Edmundo Granda la alquimia afortunada y a la vez difícil de convertir los sueños y las ilusiones más urgentes en realidades pequeñas y fugaces como todas, pero concretas y visibles.

Escribimos porque nos juntó la búsqueda, a veces desesperada, de un mundo más saludable, más ético, más amable.

Edmundo Granda fue el filósofo de la medicina social y la metáfora que expresa su afán de compartir, ayudar a interpretar sueños y procesos de búsqueda de equidad e igualdad, es la de un mago, promotor continuo de rupturas, marcando cimas y mesetas. Movía su varita y nuestras felicidades y certezas se llenaban de nuevas dudas y preguntas que con un abrazo cálido y una sonrisa afectuosa eran soltadas al aire, para que de la vida, de la realidad y de los procesos, emanaran nuevas búsquedas de transformación, más preguntas, algunas respuestas y dudas, como la única posibilidad de seguir caminando, vital y renovado a pesar de los límites del tiempo y del espacio.

Dejemos que las enseñanzas del mago broten y que su energía llene de alquimia a la salud pública ecuatoriana y latinoamericana; no solo porque sentimos que el espíritu de Edmundo está con nosotros y nosotras, sino porque es uno de los personajes clave de la salud pública ecuatoriana y continental en las últimas décadas, cuya

1. Esta semblanza recopila algunos de los innumerables homenajes y reconocimientos a Edmundo Granda Ugalde que se han realizado en Ecuador y Latinoamérica. Es apenas una remembranza de una parte de su vida, pues estamos conscientes de que todo cuanto se diga o se escriba acerca de él, será siempre insuficiente y parecerá frío e inerte comparado con el calor y la vida que su presencia irradiaba.

“Edmundo de la vida” es una invitación a profundizar en su legado y en la trascendencia de su pensamiento, fue tejida por Zaida Betancourt con los aportes de quienes acompañaron en algún momento su caminar por la salud pública: Cristina Acosta, Irina Almeida, Leticia Artilles, Jaime Astudillo, Gloria Briceño, Pedro Barreiro, Edgar Becerra, Oscar Betancourt, Zaida Betancourt, Fernando Borgia, Alejandrina Cabrera, Arturo Campaña, Ricardo Cañizares, Patricia Costales, Zaida Crespo, Caroline Chang, Catalina Eibenschutz, María Enireb, Cecilia Falconi, Oscar Feo, Saúl Franco, Max Gonzalez, César Hermida, Mario Hernández, Amparo Herrera, Giuliana Hidalgo, Marlene Jarrín, Pablo Jiménez, Cristina Merino, Miguel Malo, Tatiana Neira, Hugo Noboa, Monica Padilla, María Elena Pazmiño, Jorge Luis Prospero, Martha Rodríguez, Rosa Rojas, Edgar Segarra, Roberto Sempertegui, Cecilia Tamayo, Mauricio Torres, Jaime Urrego, Edith Valle, Gustavo Vega, Ketty Vivanco y José Yepéz.

sensibilidad le permitió aportar y trascender las fronteras de su natal Cuenca y del Ecuador, en su agitado y cariñoso andar por los caminos de nuestra América.

Edmundo Granda nació en Cuenca el 27 de julio de 1946, hijo de Humberto Granda y Lucrecia Ugalde, a quien todos llamaban “Luquita”. Fue el tercer hermano junto con Norma, Wilma² e Iván Granda y viene a este mundo signado por esas profundas formas andinas y cuencanas que le llevarían a saludarnos con “mi patroncito ¿cómo vas?”.

Desde su niñez compartió con el “Mazho” Márquez³ uno de sus compas del alma, de quien nunca se distanciaría y con quien, en reiteradas ocasiones, se encontraría en el calor fraterno de La Habana, en las adoquinadas calles de Cuenca perfumadas con dulces de Corpus Cristi o en las largas tertulias de amanecida en el rincón amado de Edmundo, Clarita y sus hijos, en el barrio La Concepción de Quito.

Egresó del Colegio Laico Fray Vicente Solano, dependiente de la Universidad de Cuenca, en la cual realizó posteriormente su carrera de medicina.

En los tiempos de estudiante universitario, Edmundo vivió en una casita parva, de un solo piso, en la parva Cuenca andina. A las seis y media de la madrugada salía a pie y atravesaba todo el casco histórico, bajando por el Padrón, tras el río Tomebamba, para llegar a tiempo a la Facultad de Medicina y al Hospital San Vicente de Paúl, a sus clases y prácticas. Gustavo Vega sabía de su rutina y procuró tantas veces, unirse al recorrido -aprendiendo de él, siempre con frío y buen humor-

En tiempos de dictadura, Edmundo se enfrentó a la policía a quemarropa, llevando como escudo su mandil blanco. En esos tiempos vivíamos la música de Violeta Parra: “¡que vivan los estudiantes, jardín de alegrías! Son aves que no se asustan de animal ni policía, y no les asustan las balas ni el ladrar de la jauría. Caramba y zamba la cosa,...”. La revolución estaba a la vuelta de la esquina y había que hacer células tupamaras para cambiar la fachada y el alma de las cosas.

Eran los dorados años 60, cuando Edmundo se flechó en el Colegio Garaicoa y ese uniforme femenino azul y blanco hipnotizó sus pupilas y Clara vino a poner claridad en su corazón, quizás siguiendo la canción del Che Guevara: “Aquí se queda la clara, entraña de transparencia”, con la sola diferencia de que ahora el enamorado encubriría aquella palabra gráfica y cristalina, con C mayúscula. Así se unió a Clarita Merchán, cuya significación vital se traduce en lo que Edmundo afirmaba siempre: “Mi compañera de la vida. La Suquita nunca deja de estar, incluso desde lejos”.

El Hospital del Seguro Social de Cuenca recibió a Edmundo para su internado, quien con sus colegas compartió en fructíferos diálogos, las ideas, los ideales y la emoción de formar parte de un proceso que cambiaría al Ecuador. Varios colegas médicos, coordinados por un camarada arquitecto, mantuvieron reuniones de estudio, intercambiaron libros, se fascinaron con las reflexiones comunes y las propuestas de acción. Así aprendieron marxismo leninismo, no en la academia sino con misteriosos tutores de porte militar, gruesa chompa y bufanda al sol, en alguna célula clandestina que se reunía los domingos a las cinco de la mañana en sitios estratégicos. Trabajaron intensamente y se vincularon a

procesos políticos nacionales e internacionales. Edmundo fue miembro por más de una década del Partido Comunista Marxista Leninista del Ecuador.

En 1971 fue presidente de la Asociación de Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca⁴ junto a tantos quijotes, utópicos y ucrónicos, hicieron de la “Semana Médica”, una ventana al exterior de lo que una Facultad de anacoretas y herméticos, ensayaban al menos cada año, acercarse al entorno, ajeno a los encierros de libros y de salas hospitalarias. Recibió el premio “Benigno Malo” como mejor egresado de la carrera de Medicina.

En 1972 con Clarita y Sebastián⁵, su primer hijo, viajaron a Alamor, provincia de Loja, frontera sur del Ecuador, para vivir el año de medicina rural “obligatorio”, que por la forma de ser y de sentir de Edmundo, nunca fue obligatorio. Con su sencillez y compromiso y su vocación de médico de cuerpos y espíritus, organizó diversas actividades comunitarias para cuidar y promover la salud y la vida, vislumbrando desde ese momento, la superación de conceptos como la “enfermología” y “salud como descuento de enfermedad”, que fueron hitos que marcaron su accionar futuro en las diferentes instituciones y organizaciones que recibieron su comprometido trabajo.

En Loja dio muestras de su profunda convicción humanista y llena de amor por todo lo que significa la vida y sus manifestaciones en cualquier lugar del mundo, por apartado o pobre que éste fuese, por todo lo que significan las personas en las que creyó y con quienes cultivó y observó respeto, lealtad, afecto y solidaridad. A través de su primogénito estableció lazos indestructibles

de unión y de compadrazgo con un campesino, a quien nunca olvidó y siempre regresó a verlo, a conversar, a escucharlo, ávido de su afecto y sabiduría. Allí nació su amor profundo por esta provincia del sur ecuatoriano.

Edmundo se acordaba siempre de sus amistades del tiempo de “la rural”; algunos se habían ido, siguiendo el camino de la migración, otros habían rendido tributo a la vida, pero él los traía, contaba sus experiencias, anécdotas, aprendizajes, sus primeras curaciones de “mordidas de culebra”. Se acordaba de su vieja y olvidada afición de gallero, reconocida y animada por sus amigos que le regalaron un ejemplar cruzado con huequeque, que lo hacía invencible en las lides domingueras y que lo ligaban profundamente con el alma y el corazón de los alamoreños y alamoreñas.

Veinte años después visitó Alamor, conjuntamente con los equipos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Loja (UNL), para promover el proyecto Espacios Saludables.

En 1973, en sus primeros años como médico, se vinculó como docente auxiliar en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en Quito (UCE) e impulsó con Dimitri Barreto, Arturo Campaña y Oscar Betancourt, entre otros compañeros de militancia, la creación de la Unidad de Medicina Popular, para abrir espacios de docencia y servicio en los barrios populares de Chiriaco, Ferroviaria Baja y San Juan, lejos de las aulas y los laboratorios. Este grupo de docentes comprometidos ensayaron sus primeros artículos en salud desde una mirada social.

2. Actualmente es la Presidenta de la Fundación al servicio del enfermo de cáncer “Lola Farfán de Palacios” en Cuenca.

3. Miguel Márquez, médico social cuencano. Vive en Cuba

4. Gustavo Vega fue Vicepresidente de la Asociación de Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca (1971).

5. Su primer hijo, Sebastián, nació el 10 de octubre de 1971; Bernarda, su segunda hija, nació el 31 de julio de 1974; y Santiago, su último hijo, nació el 8 de noviembre de 1980.

De 1974 a 1975 viajó a Brasil con Clarita y sus dos hijos (Sebastián y Bernarda) para realizar la Maestría de Medicina Social en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Retornó al país para vincularse al entonces naciente Ministerio de Salud Pública del Ecuador y estuvo a cargo de la División de Recursos Humanos e Investigación, hasta 1979, en la Dirección de Planificación presidida por César Hermida.

En 1977 realizó el Diplomado en Planificación de Salud en la Universidad de Johns Hopkins en Estados Unidos. De esta experiencia Edmundo comentaba sobre una trasnochada que pasó, elaborando una estrategia para resolver un problema formulado en clase y, cuando la presentó al profesor, éste le dijo: ¡muy bien! Esa es tu estrategia A ¿y cuáles son las otras? Al compartir la anécdota nos invitaba a desarrollar diversas miradas sobre un tema y a considerar los múltiples factores intrínsecos y extrínsecos de nuestro accionar.

En 1979, Edmundo con Jaime Breilh, luego de fracasados intentos de concretar la Unidad de Estudios Médico Sociales en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, crearon el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) que sería, a la sazón, la primera organización no gubernamental (ONG) en el campo de la salud pública en Ecuador. Coincidieron en ese entonces, en la necesidad de tomar distancia de las instituciones clásicas y ponerse a la tarea de teorizar, debatir y sistematizar una visión innovadora que se contrapusiera a la salud pública tradicional y que permitiera definir contenidos y elaborar herramientas para la acción social.

Sus primeras producciones⁶ muestran la búsqueda de los fundamentos sociales de las enfermedades y la muerte, así como la necesidad de pulir el método y las técnicas de investigación. Más tarde, este material se constituyó en insumo para la formación de salubristas, que Edmundo asumiría en la Escuela de Graduados a través de los cursos de Especialización en Investigación y Administración en Salud (CEIAS), que en Ecuador formaron al menos siete promociones, en el período de 1980-1988. Entre 1991-1993 la octava promoción del CEIAS fue reorganizada y transformada en dos maestrías: “Investigación y Administración en Salud” y “Salud Ocupacional”. Edmundo Granda como Director del curso de especialización y luego de la maestría, logró la creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador.

Los primeros contactos de muchos de sus alumnos y alumnas con el profesor Granda fueron a través de las clases que impartía con algunos colegas y que tenían como título “sociedad y salud”, con el fin de “conocer la forma en que se relacionan los procesos sociales generales, tanto estructurales como político-ideológicos, con los procesos particulares: salud-enfermedad colectiva, práctica en salud y saber en salud”. Allí inició el encantamiento de algunos de sus alumnos, pues sus disertaciones y diálogos sorprendían, no sólo por su contenido sino también porque interpretaba las preguntas en forma novedosa y planteaba nuevos retos. Edmundo Granda abría un horizonte lejano que invitaba a caminar fascinados asumiendo el esfuerzo y el riesgo de lo desconocido.

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar...”, con esta frase Edmundo desarrolló con

sus alumnos los conceptos de totalidad concreta, del mundo de la pseudoconcreción, de la praxis y por qué no decirlo, de la vida en su simplicidad y complejidad. Repitió tantas veces, que en la praxis lo humano se objetiva, se reconoce como tal, toma conciencia de sí mismo, transforma la naturaleza, crea sociedad y al mismo tiempo la transforma. Crea una realidad humana social y la comprende.

En los años 80, Edmundo escribió algunos artículos⁷ en los cuales realizó aportes para la construcción de un marco teórico sobre la relación de los procesos científicos tecnológicos en salud con determinantes sociales. Destacó que la ciencia es el “arsenal teórico-metodológico más alto del que dispone la sociedad para interpretar y transformar los procesos que conforman su vida”. Fundamentó el uso de categorías como la “producción social del conocimiento”, más abarcativa que la de “mercancía-ciencia”, que reduce el problema a la esfera de la distribución y el consumo. Examinó la forma en que se desarrolla y distribuye el poder en la sociedad y cómo en el campo de las políticas sociales se manifiestan el poder técnico, el poder administrativo y el poder político, en un movimiento continuo que podría posibilitar dinámicas de poder-contrapoder para construir procesos emancipatorios. En este tiempo elaboró, desde una postura crítica, los primeros abordajes metodológicos para estudiar los procesos mentales.

En 1987, consecuente con su sentimiento solidario, participó en el Colectivo Nicaragüense del Proyecto de Salud Perinatal, cuya experiencia la compartió con la ponencia “Nicaragua: revolución y salud: aporte a la defensa de un pueblo agredido por el imperialismo”. La solidaridad

fue para Edmundo un ingrediente básico para generar el mundo soñado, en ese sentido, no dejaba pasar la oportunidad de resaltar a Cuba como ejemplo de una glocalización más humana. Destacó el abrazo fraterno de cubanos y cubanas, que más de cuarenta años son dueños de su historia mientras convocan al mundo para pintar al globo con colores de arco iris.

En 1988, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, a través del Instituto de Investigaciones y del Postgrado en Investigación y Administración en Salud, organizó el IV Curso Internacional de Investigación en Ciencias de la Salud, centrado en “La integración de la epidemiología y la clínica en la investigación, teoría y método”. La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) auspició esta reunión y permitió la confluencia al Ecuador de personalidades de la medicina social del continente, especialmente de Brasil, Bolivia, Colombia, Estados Unidos de Norteamérica y México. En este evento, Edmundo Granda, como parte del CEAS, coordinó la enseñanza de la investigación y realizó un esfuerzo articulador entre investigadores nacionales, internacionales con las nuevas generaciones graduadas en el CEIAS. Además expuso dos artículos, las “Bases del desarrollo de la ciencia” y “Construcción del problema de investigación: etapas iniciales”. En el primero hizo un recorrido histórico de cómo se ha investigado la salud en el Ecuador y cuáles son los énfasis y alertó sobre la necesidad de trabajar en una seria producción de análisis e interpretación de la salud con una perspectiva totalizante para asumir que la ciencia de la salud es “productora y producto, determinada y determinante”. Llamó al debate y a la forja de un pensamiento crítico en la “búsqueda de una ciencia

6. Se destacan: “Los determinantes estructurales del aborto hospitalario” (1980); “La investigación de la salud en la sociedad, guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método”; “Ciudad y muerte infantil, investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método” (1981); y “Los determinantes de la morbilidad en el área urbana de Quito”.

7. Se resaltan entre otros: “Reflexiones sobre indicadores de ciencia y técnica en salud” (Brasilia-1983), “Ciencia, estado y servicios de salud” (1985), “La investigación en salud: un reto de construcción democrática” (Cuenca-1987), y “Algunos problemas metodológicos de la investigación en salud colectiva” (Curso Internacional de Salud Mental-1989).

nacional, popular y democrática” que impida el fortalecimiento de una ciencia al servicio del capital transnacional. Su segundo artículo fue una invitación a bucear en el caos hasta que la metodología nos permita construir un pensamiento concreto. Años más tarde, abordaría desde Morin la complejidad de la realidad y con Maturana confiaría en la homeostasis y la autopoyesis de los procesos vitales, sean estos el cosmos, el cuerpo humano o los procesos sociales.

La publicación del libro *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud* cristalizó lo que Edmundo llamaba la democratización del saber y del hacer. Su estilo fue propiciar y aportar a procesos colectivos de producción de conocimientos; su saber hacer se diluía para dar paso a todos; sí, fue siempre un “buen arroz” pues entre bastidores, acompañó muy bien un sinnúmero de procesos trascendentales de la salud pública.⁸

En estos años, escribió algunos documentos⁹ donde sostiene que las modificaciones de la gestión estatal en salud trascienden las simples reformas administrativas y financieras, y exigen una profunda revisión de los principios tradicionales que animan la gestión, comenzando por la revisión del concepto mismo de salud. Profundizó en la relación de la oferta y la demanda con la estructura clasista de la sociedad, y en el uso de los indicadores y de la información como base de una planificación transformadora en salud.

En este espacio y tiempo de trabajo, la producción de conocimiento era extenuante y reflexiva, matizada por la alegría, el afecto, la fiesta y el placer cotidiano, en un ambiente de confianza y compromiso sanitario, en donde la familiaridad brindó la posibilidad de reírse del error, de compartir la alegría de la construcción teórica y del descubrir, de la solidaridad y el acompañamiento. Edmundo fue un maestro en ese sentido, pues se arriesgaba más allá de sus límites y nunca dijo no, ni al trabajo, ni a la diversión. La risa y la broma tenían como punto de partida a él mismo, la crítica y la autocrítica iban y venían, en un juego que nos enseñó la fuerza de trabajar con rigurosidad, amor y placer. Ciertamente que su labor vital fue querer todo lo que hizo.

La forma en que fluía el conocimiento definía la particularidad de Edmundo, quien con toda su grandeza intelectual mantuvo la humildad del campesino, del indio y nunca ambicionó el brillo o potenció su ego protagónico. Este es uno de sus legados políticos que marcó en nuestros cuerpos la certeza de que para tejer, crecer y hacer posible los sueños, se deben combinar pensamientos y sentimientos, y este legado emerge de su profundidad epistemológica y humanista.

En los años 90, el CEAS se había constituido en un referente de la Medicina Social en América Latina, y se fortaleció como espacio de investigación desde una postura marxista contrahegemónica. Los cuadernos de *Salud Colectiva y Salud de la Mujer* contaron con el aporte de Edmundo

do en su calidad de codirector e investigador de esta organización no gubernamental desde 1979 hasta 1990.

Entre los años 1992 y 1993, el CEAS, con un grupo de investigadores jóvenes¹⁰ y el Centro de Acción y Promoción de la Mujer (CEPAM Quito), realizó la investigación “Mujer, vida reproductiva y salud: conocimientos, actitudes y prácticas sobre el embarazo, parto, posparto, crianza del niño menor de un año y planificación familiar en las mujeres de los barrios de influencia del CEPAM”. El proceso de investigación planteó retos metodológicos que propiciaron un rico debate en el CEAS, respecto a la forma de investigar del marxismo. Edmundo, intérprete de la metodología y en diálogo con las categorías de clase y de género, incitaba a romper una forma dogmática de interpretar el marxismo y, al mismo tiempo, de avanzar en el eje marxista no sólo de interpretación sino de transformación.

Destacamos dos elementos de este debate alrededor del tiempo y la realidad. Sobre el tiempo planteó que la metodología marxista se había centrado en abordar el vector pasado-presente, para dar cuenta de lo dado, y de comprender e interpretar lo determinado. Afirmó que esta investigación era un “manjar diferente, novedoso, que todavía tiene elementos no bien cocidos pero que auguran digestiones e indigestiones futuras de gran repercusión”. Su agudeza trascendió a la premonición, al constituir e iniciar el énfasis en lo que él llamaba el vector presente-futuro, para entender y profundizar en lo que se está dando, cambiando, transformando.

Sobre la realidad dijo que ésta no es un “coagulado o cristalizado como estructura” sino es una opción; en ese sentido, llamó al uso de categorías que asumieran la circularidad del tiempo para tomar la fuerza del pasado y construir desde las fuerzas presentes un sujeto político. La construcción de la totalidad cambia, afirmaba Edmundo, no se trata de seguir siendo investigadores que quieren construir “seguros” un “deber ser”, sino de hacer propuestas que “pueden ser”. Éste es “el meollo del pensamiento, de la constitución del método, y aún de la formulación de las hipótesis”, decía.

Ésta fue la tónica de la vida de formación que tenía Edmundo; reconocía en lo que le rodeaba, nudos de movimiento, y catapultaba, se confundía y nos confundía, dejando luego que los procesos caminaran a sus ritmos. Imbricaba diversas teorías desde las ciencias sociales, pasando por las comunicativas hasta la física cuántica, al desarrollo de la salud pública. Sus mensajes fueron que la realidad es dinámica y la teoría no podía ser estática, sino cinética, pues la transformación de la realidad requiere de la vinculación de la teoría con la práctica. Fue un constructor de pensamiento, y ante todo constructor de acción. Su prisa por el trabajo se contraponía a su paciencia por acompañar a las personas y a los procesos políticos progresistas. Tenía una capacidad extraordinaria para mirar e impulsar la capacidad de los otros a quienes exigía disciplina, rigurosidad y esfuerzo creativo.

La producción de Edmundo fue reconocida fuera del Ecuador¹¹ y trascendió a la metodología de la investigación en salud, una de sus pasiones. En

8. Las publicaciones colectivas que incluyeron su aporte fueron: *El sistema de suministro en los programas sociales de medicamentos* (1990), *Debates en medicina social* (1991), *Salud Pública: hacia una educación cuestionadora* (1994), *Proyecto desarrollo espacios saludables... desde espacios y fronteras hacia caminos y horizontes saludables* (2003), entre otras.

9. Se destacan los siguientes documentos escritos en coautoría con Jaime Breilh: a) el artículo “Clase social y servicios de salud en el Ecuador” (1984) publicado en la Revista *Salud y Trabajo* (Portoviejo, Ecuador), b) “Notas para la reflexión sobre una política de salud democrática, popular y nacional” (1987), c) “La crisis y su impacto en la salud en el Ecuador” (1988), d) el capítulo “Usos de la información cantonal en el marco de una propuesta para salud” del libro *Deterioro de la Vida*, y e) “La investigación en la construcción de una propuesta popular en salud” (1991).

10. Entre los investigadores se mencionan a: Rubén Páez, José Yépez, Patricia Costales, Jaime Urrego, Cristina Merino y Zaida Betancourt.

11. En 1991, la Editorial Universidad de Guadalajara publicó el libro *Reproducción Social y Salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, que contiene los siguientes artículos de Edmundo Granda: “El compromiso social de la investigación en salud”, “Método epidemiológico: conocimiento y política” y “Elementos para la construcción de lo concreto en la investigación médico-social”.

los años 90 incursionó en la crítica del modelo flexneriano-biologicista en la formación de los recursos en salud, que impedía una mirada social y cultural de los profesionales recién graduados que se enfrentan a los espacios rurales.¹²

El 12 de diciembre de 1991, en el discurso inaugural de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, de la cual fue el primer director, reconoció los cimientos de dicho acto en los 12 años del CEIAS, el aporte del CEAS, de la Fundación Eugenio Espejo y de la Comuna Sanitaria Virchow. Desde una denuncia del neoliberalismo que se enquistaba también en la formación del recurso humano en salud, criticó el nuevo orden mundial cuya revolución tecnológica estaría al servicio de la dominación y aumentaría las disparidades entre naciones pobres y ricas. Una vez más la circularidad de su pensamiento mostró una profunda comprensión de los procesos pasados, presentes y futuros.

Edmundo forjó el sueño de una Escuela de Salud Pública “como colectivo de organizaciones populares, instituciones públicas de servicios, organizaciones no gubernamentales, instancias de formación de recursos humanos”, en la generación de un “proyecto pluralista liderado por sólidos principios y un indeclinable compromiso de transformación de las condiciones de salud de la mayoría”. Afirmó que el quehacer sanitario debía mantener viva en la memoria colectiva a “Marx, Lenin, Daquilema, Alfaro, Agustín Cueva, Espejo, Ricardo Paredes”, y que debíamos seguir inspirándonos en “Virchow, Neumane, Stern, Sigerest, Rosen y Juan César García”.

Apostó a la construcción de un movimiento en salud, donde la labor de la Escuela de Salud Pública fuera la participación en la “lucha por la organización democrática de una salud pública

comprometida con el logro de la nacionalidad, con la solución de los problemas de nuestro pueblo, con el avance de la ciencia y la cultura, con la defensa de lo público, con la docencia democrática, con el don de resucitar a los muertos que hablan sobre la vida, con el arte y con el amor”.

En 1992, en su artículo “Práctica en salud y socialismo: elementos para la reflexión”¹³ el filósofo irrumpe en una defensa de la vigencia del socialismo, con una crítica desde el corazón socialista. Afirmó que lo que se encuentra en crisis es la interpretación de la construcción del socialismo, por lo que es necesario un pensamiento y una práctica renovados: “necesitamos descolonizar nuestro pensamiento para encontrar en nuestro mundo indígena y mestizo las potencialidades de construcción de una sociedad más humana a través de la abolición de la explotación y la dominación”. Nuestro Arguedas salubrista preguntaba si el socialismo que se estaba construyendo en el mundo, tenía el suficiente condumio para ser llamado así. Apostaba no a grupos vanguardistas que se creen “depositarios de la verdad absoluta sobre el mañana, sino gente con mayor o menor conocimiento que puede hacer previsiones con amplios márgenes de error”.

Inspirado en Gramsci y con las lecturas de Kautsky, Martov, Mandolfo, Panekeuk, Mattik, Djilas, Betelheim, Lukacs, Foucault y Heller, Edmundo Granda criticó el centramiento de la acumulación de poder en una forja socialista que llevó a la “conformación de estados panópticos regentados por déspotas que negaron las propuestas marxistas de humanidad”. Reafirmó la necesidad de abrir la mente para encontrar en la realidad las potencialidades del quehacer y “no encerrarnos en los escritos sagrados del marxismo-leninismo celosamente guardados por sus vicarios terrenales”.

Edmundo enseñó que observar, analizar y teorizar es un modo de ayudar a construir un mundo diferente. Proporcionó preguntas esenciales más que respuestas, pues éstas últimas decía, se cuajan en la especificidad temporal de las diversas sociedades y de sus actores. Ésta fue la base de su constante superación, su capacidad de creer en la racionalidad y en la posibilidad de apelar a la razón, sin convertirla en diosa; creer en las potencialidades de la acción social significativa y de la política transformadora, sin verse arrastrado hacia los rápidos mortales de las utopías absolutas; y creer en el poder liberador de la identidad, sin aceptar el individualismo o la apropiación por el fundamentalismo¹⁴.

En 1991 fue invitado por OPS a participar, junto con Oscar Feo y Laura Nervi, como relatores de la Reunión de Consulta sobre Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas (Nueva Orleans, 21-24 de Octubre de 1991).¹⁵

En 1993, como director de la Escuela de Salud Pública y conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS), promovió la “I Reunión Andina sobre Desarrollo de la Teoría y Práctica en Salud Pública” que reconoció la orfandad y la crisis de una salud pública enquistada en un Estado benefactor, que tiene como única posibilidad emancipadora “ampliar su horizonte de visibilidad, reconstruir su método y propiciar una nueva práctica, con el fin de apoyar la constitución de un sujeto social que luche por el derecho a la salud y conmine al Estado a mantener su deber de garantizarlo”.¹⁶

Como investigador centrado en mirar los determinantes, dialogó con otras ciencias políticas

y culturales y desde la Escuela de Salud Pública posicionó la planificación estratégica, y con Mario Rovere centró la problemática y el conocimiento de la salud pública desde los actores. Impulsó espacios de encuentro y alianzas regionales y latinoamericanas para la reflexión sobre la transformación de la salud.

En 1994 debió dejar la Escuela de Salud Pública y la Maestría, perseguido no por la derecha, sino por la propia izquierda dogmática, que no quería dejar a sus dioses y se negaba a ampliar el horizonte de reflexión y de construcción. La salida del partido, además del impacto afectivo en el Pavo –como cariñosamente apodábamos a Edmundo–, constituyó, en cierto modo, un arquetipo de quiebre de toda una generación -o varias- de la izquierda latinoamericana. La dolorosa separación del “refugio materno”, ese marxismo doctrinario ligado a una militancia tan necesaria como el aire, que nos impidió ver con objetividad las realidades alrededor nuestro. El Pavo, siempre en constante reflexión y adaptación, pudo dar el salto y continuó produciendo intelectualmente “sin perder el sur oriente”, porque tenía el bagaje intelectual y la suficiente sensibilidad humana para hacerlo. Nunca su alma de luchador fue vencida, siempre fue un vencedor, gracias a su espíritu tenaz y comprometido.

Edmundo dinamizó otros espacios: ALAMES, la Universidad Nacional de Loja (UNL) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS), en la Representación del Ecuador.

En la Universidad Nacional de Loja (UNL), como lo hacía en los diferentes espacios locales, nacionales y de Latinoamérica, por donde regaba sus simientes y al mismo tiempo se nutría, contri-

12. Ponencia en el Encuentro Nacional “Campesinado Medicatura Rural” en 1991.

13. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Socialismo: Vigencia, Renovación o Crisis” realizado en Quito en abril de 1992.

14. Castells M. *La era de la información: La sociedad red*. Alianza Editorial. España 2001. Pág. 34.

15. Ver Publicación Científica # 540 de la OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, 1992

16. Las memorias de este encuentro se publicaron en el libro *Salud Pública: ciencia, política y acción* 1993.

buyó a la construcción de una nueva propuesta de formación en salud pública. Su accionar fue clave para promover la participación en el diseño de la Maestría de Salud Pública (MASAPU), de organizaciones e instituciones vinculadas con la salud y la comunidad en donde se encuentra “el mundo de la vida” y la complejidad, que a veces se pierde en la academia.

Edmundo de la vida, le decíamos sus compas de Loja. Allí, seguramente encontró un nido que abandonó o del que fue excluido, y construyó un nuevo concepto de salud como una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado. Esta concepción alternativa devino en nuevas metodologías; se superó, por ejemplo, lo presencial o semi-presencial en la academia, por lo presencial en la academia y presencial en el servicio, entendiendo con esto que el accionar en los servicios y en la comunidad es fuente de aprendizaje cotidiano, que junto a las reflexiones teóricas en la academia, constituyen una indispensable y poderosa *praxis* para transformar el *status quo* individualista y fragmentado, en beneficio del bien común.

Esta visión permitió en la práctica ampliar los ámbitos de la salud. Edmundo se integró con pertinencia, en los ámbitos político-institucional, cultural, educacional, ambiental, socioeconómico y de atención a la enfermedad, y propició que la Maestría (MASAPU), sus docentes y sus maestrantes se involucraran, comprometieran y construyeran las problemáticas y las soluciones en sus comunidades y en sus respectivos servicios. Así, lo que venía sembrando en el Movimiento de Medicina Social en América, iba naciendo.

Estas formas de sentir/pensar/accionar sirvieron de fundamento para la construcción y eje-

cución de un sueño colectivo que con el nombre de “Desarrollo de Espacios Saludables”, se concretó con la participación de cinco municipios de frontera (Zapotillo, Puyango, Calvas, Macará y Espíndola), las organizaciones populares y sociales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), accionando como ente articulador la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja (MASAPU).

La Universidad Nacional de Loja, en un acto que la enaltece y humaniza, un 27 de abril de 2000, reconoció a este ser humano singular en su vida académica, como *Profesor Honorario*, ante lo cual, Edmundo, con mucha emoción afirmó: “cuando termine este acto, continuaré confundido con ustedes en el abrazo productivo y en la producción cariñosa que ha caracterizado nuestra relación con la Universidad Nacional de Loja; ese es mi compromiso”. En verdad cumplió, pues, en los siguientes programas de su Maestría (MASAPU) estuvo siempre presente para trabajar: los enfoques de la salud pública, la planificación estratégica en salud, y la investigación en salud pública, así surgió, “mágicamente”, una propuesta para investigar en salud pública, diferente, alternativa, cualitativa y cuantitativa... de nosotros y nosotras.

Edmundo Granda fue un trabajador incansable en la OPS/OMS y un referente en el país, en América Latina y El Caribe, para los procesos fundamentales que se construyeron en el continente en torno al desarrollo de los recursos humanos en salud, la ciencia y la tecnología, la investigación y la bioética. En las instituciones nacionales y en el Consejo Nacional de Salud, posicionó el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, la Carrera Sanitaria y la Biblioteca Virtual en Salud del Ecuador, como estrategias para armonizar el derecho a la salud de la población, los derechos de los usuarios de los ser-

vicios con los derechos de los trabajadores y los objetivos institucionales.

Su mirada de la salud y la vida alimentó el paradigma de la promoción de la salud y acompañó el proceso de construcción de espacios saludables en la provincia de Loja, del cual fue gestor junto con Miguel Malo y Max González. Defendió la necesidad de aprender de estas formas de cooperación internacional que descentran el quehacer al sur del Ecuador y en continuos diálogos epistémicos con el equipo base -muchos de ellos jóvenes profesionales lojanos- recrearon metodologías que cristalizaron las posturas de Maturana al proceso de promoción de la salud cuyos instrumentos pioneros se extendieron a otras geografías.

En un tiempo en que el “mercado había fijado su atención únicamente en la posibilidad de transformar la gerencia de los servicios de atención a la enfermedad en buenos prospectos de acumulación de capital”, Edmundo estableció alianzas para posicionar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, hoy en desmedro por su carácter no rentable.

En una continua producción de conocimientos, apoyó nuevas formas de producirlos, desde su defensa de que todo hacer es conocer y todo conocer es hacer, posicionó la sistematización al interior de la Organización Panamericana de Salud, que posibilitó la Sistematización del Proyecto de Espacios Saludables de Loja.

Su crítica a la enfermología le llevaría a múltiples aperturas. Era un aliado de las mujeres que incorporaban el género en la salud, de la medicina tradicional en el Área de Salud de la Universidad

Andina Simón Bolívar, de la constitución de redes y de la potencialidad de la comunicación.¹⁷

En su artículo “Salud pública e identidad”¹⁸ desarrolló algunas metáforas para afianzar el paradigma de la salud y realizó acercamientos a su visión del salubrista intérprete mediador como superación del salubrismo tradicional, calculador y positivista. Esta visión fue fundamentada con mayor profundidad en su artículo “Salud: globalización de la vida y de la solidaridad” que fue la Conferencia Inaugural “Juan César García” del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social: “Globalización, reformas y equidad en la salud. Construyendo una agenda política en defensa de la salud”¹⁹.

En los últimos años insistió en la necesidad de cambiar la mirada del quehacer en salud y realizó una crítica a aquellas tendencias que con rostro de “alternativas” continúan enfatizando en la enfermedad, en los servicios de salud y el quehacer del estado, y en una ciencia positivista. Nos invitó a acercarnos al mundo de la vida y a la salud, a servirnos de la hermenéutica y a considerar las múltiples identidades. Esta fue una de sus mayores consecuencias, tendía puentes en su intenso caminar. Ahora esta mirada es nuestra mayor urgencia, para que efectivamente el quehacer en salud se nutra de los colores de la diversidad vital y la recreemos con todo nuestro conocimiento, arte y afecto.

Su “certeza de que no existen certidumbres” fue el eje de su trayectoria. Esa paradoja liberadora le permitió caminar sin pensar en llegar, y buscar sin esperar encontrar. El camino es más importante que el lugar de destino y Edmundo caminó las diversas rutas de la medicina social. Abandonó la obsesión de explicarse el mundo convenci-

17. En 1997 presentó la ponencia “Medicina tradicional, sistemas de salud no formales y reforma de servicios de atención médica” en el Taller de Medicinas Tradicionales y Sistemas No formales de Salud en la Universidad Andina Simón Bolívar (Sede Ecuador), organizado por el área de salud.

18. Escrito en 1999, “Salud pública e identidad” se publicó en la revista # 1 *SALUDYVIDA* de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja (MASAPU).

19. Este congreso se realizó en La Habana (Cuba) entre el 3 y de julio de 2000.

do de que las explicaciones deben imbricarse en una construcción y acción colectiva que ayude a transformarlo desde lo cotidiano y lo pequeño de la norma, la política pública, el congreso, el seminario, la docencia, el encuentro.

Trabajar con Edmundo siempre fue una oportunidad de revitalización, él escuchaba atentamente y se tomaba el tiempo necesario; luego recreaba, es decir interpretaba con esquemas, dibujos, relaciones y su palabra ayudaba a resignificar la propuesta. Luego escribía, facilitaba bibliografía y cuando era tiempo de editar compartía la autoría del diálogo. Tenía un respeto profundo a sus interlocutores así como a la construcción colectiva. De pronto fue así, porque estaba convencido que “a través del lenguaje no solo describimos y transmitimos sino que activamos, y al hacerlo, creamos y transformamos nuestras identidades y el mundo en que vivimos”.

No todo lo que escribió fue fácil, al contrario, varios amigos y amigas decían que cuando uno entendía en una primera lectura lo que “el Granda” había escrito, estaba tan perdido como él. Infinidad de diálogos, que intercambiaban signos y significados íntimos que deben materializarse en el empeño de trascender en la práctica una mirada tradicional de salud y converger en una minga para re-vivir, re-pensar y re-mirar la salud.

En el año 2000 participó en los debates sobre el diseño y la definición de la “Política de Salud en el Ecuador” y la “Ley Orgánica del Sistema de Salud”. Edmundo fue parte de la organización de los tres primeros Congresos por la Salud y la Vida (COSAVI)²⁰ que han definido aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud del

Ecuador. Asimismo, los Foros Nacionales de Investigación en Salud (FORNISA) son el espacio privilegiado de debate y construcción colectiva de propuestas, a los cuales, desde el primero hasta el sexto dedicó su infatigable esfuerzo y compromiso²¹.

En esta época participó activamente en el proceso venezolano, como asesor del nuevo Ministerio de Salud y docente de las promociones de salubristas comprometidos con el fortalecimiento de la salud.

El quehacer en la OPS/OMS le permitió estar donde fuera requerido y llevar su semilla desde Chiapas hasta Argentina. Los salubristas latinoamericanos reconocen el aporte de Edmundo a las múltiples escuelas de formación de recursos humanos y a los diversos procesos de lucha. Nunca dejó de responder a un llamado de los diferentes actores sociales. Tal vez por eso, la presencia de su pensamiento atraviesa las distintas generaciones de actores políticos del Ecuador y de América Latina, y ante todo en las enseñanzas, en el trabajo, en la tenacidad de los más diversos avances y propuestas locales innovadoras. Por ello cuando Pachakutik, que había llegado al Congreso Nacional en 1996, le invitó a apoyar la construcción del quehacer de la salud, fue parte del espacio dialógico. Así, apoyó la reflexión del quehacer del Movimiento Pachakutik desde el Congreso en 1996 y desde el Ejecutivo en el 2003; igual que aportó en el proceso de propuesta de la Nueva Constitución en el 2007 y 2008.

Creía en la organización de los movimientos indígenas ecuatorianos que planteaban que el solidario de ayer puede transformarse, a través de un nuevo Pachakutik entre indios y mestizos,

para accionar renovadas propuestas de organización del Estado y de la vida, para buscar en el *sumak kawsay* nuevas formas de organización política al servicio de una construcción humana igualitaria y equitativa.

Líderes, directivos, colegas, estudiantes, amigos y amigas, lo buscábamos innumerables veces para consultarlo. Sus herramientas fundamentales fueron las ideas, como dispositivo para la interpretación y la mediación con el mundo real y caminos de transformación. Fue indudablemente un intelectual militante, un militante intelectual -que hizo lo que quiso y quiso lo que hizo-. Uno nunca sabía qué disfrutar más cuando se acercaba a él: si su vitalidad desbordada, la fuerza de su abrazo fraterno, la lucidez de sus ideas o la firmeza de su compromiso. Era imposible no quererlo. Era difícil no admirarlo. Era un placer y un reto discutirle. Era un privilegio sentirlo amigo, hermano, compañero. Era un lujo ser alumna o alumno del maestro “Granda de Cuenca”, como solía presentarse.

Disfrutábamos y aprendíamos de su conocimiento, de su análisis objetivo, crítico y constructivo, pero además, y esto es clave para entender la gran aceptación y aprecio humano que por donde iba recibía, su innata capacidad para reconocer las ideas y contribuciones de los otros, incluso con los que no coincidían con él. Esto fue así, por su sentido ético-estético que amalgamó lo bello aún en la crítica.

Edmundo irradiaba luz; hombre-ninacuro, hacía ver desde su propia lámpara en la oscuridad, como el búho de Minerva mira en la oscuridad, como la filosofía elucubra -*ponevelas; para descubrir logris-*, el pavo Granda encendía la

luz a sus amigos, sus discípulos, sus maestros, siempre discípulos éstos, frente a él. El siempre maestro.

Edmundo no registró jamás en su diccionario la palabra petulancia. Su grandeza fue la sencillez. El carisma si existe -es la ausencia de majestad-frase de Pérez de Cuellar. En tiempos de rimbombancia, la sencillez no es solo fortaleza sino heroicidad. Edmundo iluminó las noches pardas de la ignorancia y enderezó sin proselitismos y con sobra de tolerancias, el extremo equivocado de las gentes.

ALAMES fue una de sus preocupaciones desde su fundación en 1984, en un continuo diálogo a lo interno del Ecuador y con una profunda relación con ALAMES en Latinoamérica. En 1989²², el CEAS convocó a los salubristas del Ecuador y se constituyó la Asociación Ecuatoriana de Medicina Social con una estructura básica, inspirados en la necesidad de articular un espacio amplio que inserte los fundamentos de la medicina social en la política social en salud.²³ Sin embargo, esta iniciativa duró poco tiempo, lo cual coincidió con la crisis de las izquierdas y el debilitamiento de las instituciones sociales que afincaban las ideas marxistas.

Desde el año 2002, en algunas ciudades del Ecuador (Quito, Guayaquil, Cuenca y Loja) se analizaron elementos de concreción de un núcleo de ALAMES Ecuador. Edmundo estaba presente y con su embrujo tejedor latinoamericanista trascendió los territorios ecuatorianos, manteniendo una comunicación creciente con las nuevas generaciones alameñas, escuchando, orientando, apoyando el hacer imperfecto como parte del proceso de aprendizaje sobre el que

20. El primer Congreso por la Salud y la Vida (COSAVI) se organizó en Quito en mayo del 2002, el II se cumplió en Guayaquil en septiembre del 2004 y el III en Cuenca en Abril del 2007. El IV COSAVI se realizará en Loja y llevará el nombre “Edmundo Granda Ugalde”.

21. El I FORNISA se realizó en Quito en el 2002, el II en Ibarra en el 2003, el III en Loja en 2004, el IV en Cuenca en el año 2005, el V en Guayaquil en 2006, el VI en Ambato en el 2007 y, el VII en Quito en 2008. Este último llevó su nombre.

22. Jaime Breilh fue en ese tiempo el Coordinador Andino de ALAMES y había participado en el VI Congreso Mundial de Medicina Social en Tenerife (10 de septiembre de 1989).

23. Edmundo Granda y Jaime Breilh presentaron un extracto del artículo “Lineamientos para una política social en salud: fundamentos de política y bases para proyectos prioritarios”.

hay que reflexionar. En esos tiempos nos convocó a leer y discutir las tesis de Hardt y Negri sobre el Imperio.

Edmundo fue una de las fuentes ineludibles de consulta y de apoyo político-científico-afectivo en la organización del IX Congreso de ALAMES en Lima, en el año 2004, se le encomendó la realización de una ponencia de síntesis de este andar: “ALAMES: veinte años, balance y perspectiva de la medicina social en América Latina”²⁴ donde llamó a organizarnos en red y una de sus apuestas que se sumó al deseo de Mario Hernández fue hacer de “ALAMES una forma de organización y gestión que permita sumir el reto de propiciar cambios estructurales en nuestros sistemas y políticas de salud para avanzar significativamente en el derecho a la salud en todos nuestros países. Como estamos hoy, apenas logramos hacer congresos cada cierto tiempo. Pero hacia adelante se requiere mayor organización, recursos, movilización, capacidad de respuesta oportuna, entre otras cosas”.

Su vocación articuladora fue una oportunidad para que en la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos (Cuenca-julio, 2005) se faciliten encuentros de ideas, experiencias, éxitos y fracasos en la lucha social, con la posibilidad de imbricarnos a los latinoamericanos en los desafíos globales de la salud de los pueblos del mundo. Fue un momento propositivo de renovación de la voluntad de trabajo conjunto de la Universidad de Cuenca con Cuba, El Salvador y el Cono Sur²⁵ en el marco del Proyecto Magisterio de formación en salud. Fue entonces cuando surgió la iniciativa de “actualizar y comparar la investigación de Juan César sobre la formación médica en América Latina”, que contaría con la coordinación de Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez y la participación de Patricio Yépez y Leticia Artiles, entre otros.

También fue un momento de inflexión en la relación con OPS. Edmundo facilitó una reunión con la Directora General que generó las bases de acuerdo que, por un lado confluyó al involucramiento de ALAMES en la estrategia de trabajo de determinantes sociales de la salud OPS/OMS, y por otro a la formalización de un convenio marco de relacionamiento OPS-ALAMES, el que fuera firmado en el X Congreso de ALAMES (Salvador de Bahía-julio, 2007).

Hacia fines del 2005 apoyó decididamente la realización de la “III Reunión de Ciencias Sociales y Salud Juan César García” en la ciudad de Quito, propiciando una vez más la participación de compañeros y compañeras de ALAMES de diversos lares de América Latina e insistiendo en la relevancia de construir una alianza sólida entre ALAMES y la Fundación Juan César García para la preservación de su memoria, la divulgación de su legado y la demostración de la vigencia no dogmática ni endiosada de su pensamiento, sino crítica, reflexiva y solidaria.

En el 2005, ALAMES México²⁶ invitó a Edmundo al taller del Pensamiento Médico Social en la Práctica en los Servicios de Salud, y él colocó una mirada diferente a los escondrijos conceptuales en los que estaban los estudiantes colectivistas. Ellos conocieron un discurso crítico, sí, pero no paralizante y enseñó el oficio de tejedor de ideas y no vendedor de ellas, la disciplina de ser disidente intelectual, el arrojo de romper ideas inservibles y usar las posibles que den sentido a la vida y construyan humanidad, más que la búsqueda del castigo ideológico sin salida. La curiosidad de explorar otras lógicas en la construcción del conocimiento y principalmente la invitación de colocarse, sin indolencia científica ante el sufrimiento humano, en un lugar no sólo centrado en la razón como poder único sino en la capacidad poco desarrollada en el campo hu-

mano de la ciencia del sentir y disfrutar aunque no fuera medible y “demostrable pa’ los de arriba”. Habló del autor que pregunta de inicio “¿y usted de qué lado está?”, y presentó a Boaventura de Sousa Santos. Edmundo Granda colocó ideas fuerza que no sólo les reunió nuevamente, sino que acompañó los desvaríos al arriesgarse a abrir nuevos lugares de reunión, encuentro y conversación. En ese sentido, acompañó el diseño del Diplomado en Salud Colectiva en Chiapas, que durante el 2008 se desarrolló en San Cristóbal de las Casas, desde su opción decidida por la interculturalidad y la ecología de saberes.

El X Congreso de ALAMES fue para él y para nosotros una oportunidad de reencuentro, “troca” de saberes, experiencias y afecto. Fue quizás la instancia más latinoamericana de encuentro antes de su partida, y por ello, la más colectiva. Allí no solo compartimos saberes, sino compromisos políticos, humanos, éticos y de solidaridad. Eso no impidió que planificara para el mes anterior el Segundo Congreso de Salud Pública con María Isabel Rodríguez y Eduardo Espinosa en la República de El Salvador.

Tal vez, al igual que los sabios campesinos de Alamor pueden reconocer la calidad de la cosecha por el color y aroma de esas tierras, incluso antes de que se vean los primeros brotes, así sabía Edmundo escudriñar en nuestras mentes para valorar nuestras ideas antes de que éstas estuvieran maduras. Es así que se dispuso a apoyar la iniciativa del Ministerio de Salud de Bolivia, bajo la conducción de Nila Heredia, de llevar adelante una residencia médica familiar, comunitaria e intercultural. En este ámbito pudo también vivenciar la transformación soñada de esos otros hermanos del sur andino.

Su especial sensibilidad por los pueblos originarios, no solo puede verse en su trabajo con ellos, sino en la actitud de denuncia permanente sobre la injusticia y la violencia para con los mismos. Edmundo canalizó nutrida información y recurrentes denuncias, un ejemplo de ello son

las referidas a los pueblos indígenas del cauca o las persecuciones a guaraníes y mapuches. ¡Dejando claro, siempre, de que lado está!

En noviembre de 2007 participó en el V Congreso Internacional de Salud Pública: “Salud, ambiente y desarrollo: un reencuentro con los temas fundamentales de la salud pública”, donde presentó uno de sus últimos escritos “El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”, trabajo que tuvo su característica humildad y sabiduría pedagógica.

En suma, la propuesta de renunciar al rol de interventor en el campo de la salud, a ser mediador e intérprete de procesos, lo vivimos con él. Edmundo colocó en el hacer, no sólo en el pensar, una forma de militancia urgente en ALAMES, conformada por la sabiduría que forjó en el diálogo con todos y todas y un fuerte compromiso políticamente afectivo. A partir de marzo de 2008 contribuyó como tutor en el proyecto de investigación-acción de ALAMES-Uruguay: “¿Cuál es el rol de la Atención Primaria de Salud Integral y de las policlínicas comunitarias en el novel Sistema Nacional Integrado de Salud?, percepciones, propuestas y acciones comunitarias”.

Sabemos que la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), su ALAMES, no será igual sin él. El fue de ALAMES antes de que ALAMES fuera. Y vivirá en ella ahora que él se ha ido. Él la soñó con algunos de nosotros. Él la acunó, la cultivó, ayudó a orientarla, a pasar los malos y los buenos ratos. Le regaló una pieza histórica cuando merecidamente tuvo el honor de dictar la conferencia inaugural Juan César García en el primer congreso de la Asociación en este milenio en La Habana. La acompañó hasta horas antes de su muerte, cuando todavía soñaba en “empujar la producción del libro” sobre su historia. Ahora esa historia se ensombrece con su muerte. Pero se iluminará sin duda con su ejemplo y su legado.

24. Ponencia presentada en el IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social “La salud: un derecho a conquistar”.

25. El Coordinador de ALAMES Cono Sur fue en ese momento Fernando Borgia.

26. La Coordinadora de ALAMES México fue en ese tiempo Alejandrina Cabrera.

La docencia fue una de sus pasiones, la cual inició en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca en el año 1969, continuó en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, en la Escuela de Graduados, en su Escuela de Salud Pública y en la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Loja (MASAPU). Fue docente invitado en Investigación, Epidemiología, Ciencias Sociales en Salud, Desarrollo y Salud, Planificación y Administración en Salud en cursos de postgrado de las distintas universidades del Ecuador y de América Latina. Es relevante su participación en la planificación o docencia de algunas maestrías en Salud Pública o Medicina Social de Latinoamérica.²⁷

En varias de las universidades latinoamericanas fue declarado Profesor Honoris Causa²⁸, por su vocación de servicio que le permitió otros reconocimientos como ser Miembro Honoris Causa de la Asociación Boliviana de Medicina Social, Integrante del Comité Ejecutivo de Social Science and Health, capítulo Latinoamericano, 1995-1996; Ciudadano de la Ciudad Alta de la Paz en Bolivia, así como miembro de comités editoriales de algunas revistas de su especialidad en el Ecuador y Latinoamérica. Su aporte a los boletines de OPS, son otro mecanismo de proyección a la América Latina.

Su vida nos reafirma en la alquimia que posibilitaba Edmundo, llamaba brujas a sus amigas, y creemos que solo se proyectaba, porque él, ciertamente, era un brujo, y lo fue en su vida y en

su muerte. Al final de sus días también lanzó su varita, para anunciarnos con valentía y serenidad que tenía leucemia. Una nueva varita fue lanzada cuando asumió el reto de curarse con un tratamiento experimental que lo enfrentaría a una quimioterapia agresiva, aniquilando su sistema inmunológico; literalmente se quedó sin un solo glóbulo blanco, lo que no le impidió dejar de producir.

Trabajó hasta 24 horas antes del 24 de abril y el Hospital de SOLCA le adecuó un lugar para que pueda enviar sus emails, para que su generosidad y su más sana obsesión se expresara hasta el último minuto, la de vivir y vivir para los demás, que es la más justificada, aunque la más difícil forma de estar vivo.

En sus últimos días se acercó al libro *Anatomía del espíritu* de Carolina Myss y comentó con uno de sus amigos médicos “este libro ha cambiado la óptica de mi vida... voy a pensar más en mí mismo”. La metáfora de la muerte se presenta ahora. Edmundo en ese principio-fin, a lo mejor nos dice que iba a pensar más en sí mismo, porque las revoluciones y las transformaciones profundas solo se edifican desde y para el cuerpo.

En todo caso, su espíritu inquebrantable se expresó para nosotros en sus últimos días. El 16 de abril nos dice en un correo electrónico: “Siempre he considerado, conforme me instruyó Canguilhem que “salud y enfermedad son formas de caminar por la vida”. Entonces, he seguido caminando durante

estos ocho años y voy a seguir haciéndolo muy comprometido con las urgencias del presente; más aún ahora que parece que ha cambiado un tanto esa forma de caminar.

Les digo que parece que aquel desfiladero en el que todos circulamos en nuestra frágil embarcación (de la que nos habla la mitología griega), ha cambiado un tanto. Recuerdan que a un lado de ese desfiladero se encuentra Escila, el monstruo de seis cabezas que intenta engullirles e impedir su avance, pero no pueden hacerse al otro lado porque en ese otro lado se encuentra un tremendo remolino llamado Caribdis que corresponde a la puerta del infierno.

Parece que me encuentro ya dando vueltas en el remolino, luchando por salir nuevamente hacia el desfiladero. Estoy descubriendo nuevos recodos de mi vida, puedo mirar con cierta oscuridad la muerte desde la vida, sentir la fuerza de gravedad tan distinta de Caribdis: como y enflaquezco (Caribdis quiere llevarte liviano), hago esfuerzos y Caribdis se los come.

Aquí aparece entonces, una de las cabezas de Escila, representada por la medicina occidental que como todas las cabezas de Escila tiene características positivas y negativas. La medicina occidental surge, de esta manera como un auxilio importante, no me importan las normas, las limitaciones, los cateterismos, los pinchazos, la náusea, la fiebre; pienso que con ella lograré fuerzas para salir del remolino, pero existe otra medicina indispensable representada por el cariño de mi familia, de ustedes, mis amigos y amigas, que me alimentan mi propio ser, que me recuerdan quien soy, que me reidentifican con mi vida anterior, que me permiten situarme en el presente a pesar de la fuerza del remolino, que me permiten luchar contra la cabeza de Escila iatrogénico...”

Nosotros sabemos que no fue devorado por las siete cabezas de Escila, ni succionado por la fuerza de Caribdis. Tetis le guió para atravesar el peligroso Estrecho de Mesina. Tetis, como nos dijo

alguna vez, es una de las 50 ninfas de mar que representan todo aquello que hubiese de hermoso y amable en los mares. ¡Que mejor compañía en este nuevo trayecto para un hombre con alma femenina como él!

Edmundo Granda Ugalde murió el 24 de abril de 2008 en Cuenca, ahí tuvo su primer aliento y su último suspiro, como buen morlaco, a la sombra del capulí y cerca del cantar de los ríos. Los Ugalde fácil pasan de noventa y hasta surcaron la centuria. Pero el medio ambiente ¿por qué razones vengativas? se burla de la herencia: vivir solo sesenta y un años para un Ugalde es algo exótico. El barquero le invitó temprano a Edmundo a la proa, para surcar el río Aqueronte y tocar la otra orilla de la vida.

Nos cuesta mucho pensar que no lo veremos más, con su andar pausado, ese gran maletín donde seguro no llevaba sólo libros y documentos, sino todos los sueños que acumulaba en su paso por los caminos de América.

A través de su legado sigue entre nosotros acompañándonos y estamos seguros que se fue con la certeza de mejores días, de respuestas asertivas y de procesos articuladores para la salud de los ecuatorianos y latinoamericanos. Nos deja también hermosas enseñanzas sobre el sustancial ciclo del ser humano, el de la vida y la muerte. Lo asumió con estoicismo, equilibrio emocional y hasta con optimismo. Lúcido hasta el final, supo infundir confianza y tranquilidad en sus seres queridos.

Edmundo pensador, luchador, creador, líder, esposo, padre, abuelo, el último título que ganó feliz. Profesor, investigador, maestro, maestro de maestros, amigo, compañero, hermano. Hermano único, hermano hospitalario, hermano acogedor, hermano de esos que sin saberlo ni ostentarlo practicaba lo de la canción: “en mi casa un asado no es de nadie y es de todos”.

27. Entre las maestrías se mencionan a: la Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana), la Maestría de Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco (México), INCAP (Guatemala), Facultad de Enfermería y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín (Colombia), Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia), Universidad de Costa Rica, Universidad de Bahía (Brasil), Universidad de Barquisimeto (Venezuela), Universidad de Carabobo-Corposalud Aragua-Escuela de Malariología (Venezuela), Centro de Salud Pública y Universidad Cayetano Heredia (Perú).

28. Se destaca también que el 9 de octubre del 2006 fue nombrado Profesor Honorario de la Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca de la Universidad Cayetano Heredia (Perú); y en noviembre del 2007 recibió la condecoración Al Mérito de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, en esta última, fue ponente por varios años en el Congreso Nacional de Salud Pública que organiza esta universidad colombiana.

Acaso nunca desaparezca la pena de no contar contigo para consultarte, para escuchar tus comentarios profundos, para reír junto a tu agudo humor, y para compartir los sueños de la justicia social y la equidad. Nos conforma saber que una persona muere solo cuando se le olvida y a Edmundo, no lo olvidaremos.

Somos polvo de estrellas, alerta en su Cántico Cósmico, Ernesto Cardenal, robusteciendo el concepto de la evolución total. Venimos del agua, del espacio, de los fondos telúricos de piedras, minerales, átomos, células y, volvemos con la muerte a ser polvo de estrellas. La segunda ley de la termodinámica se cumple

no solo en la física sino también en el espíritu: “Nada se crea, nada se destruye, todo se transforma”.

Edmundo descansa ahora, como hombre andino y latinoamericano integral, cuidado por montañas que matizan el color de los tiempos; de sol, lluvia y neblina; abrigado por su sonrisa, la risa de su nieto y el eco de las nuestras. Sentimos que la energía solo se transforma y que en el absoluto del espíritu, no caben discusiones. Nos quedan grandes retos y Edmundo nos inspira.

Nos volveremos a ver, hasta siempre querido amigo.

Quito, 28 de enero de 2009.

Artículo 1

Ciencia, Estado y servicios de salud*

Como primer paso para la discusión de este tópicó es necesario establecer la relación existente entre ciencia, Estado y servicios de salud. En forma muy sintética se puede decir que el Estado define, como parte de las políticas sociales, las políticas de salud y más específicamente aquellos elementos pragmáticos que se relacionan con el desarrollo de los servicios de salud. La ciencia, por otro lado, se presenta como un instrumento idóneo para el conocimiento de la problemática de salud y para su transformación a través de la tecnología. En este sentido, la ciencia cumple un importante papel, tanto para la definición de políticas como para el manejo de los servicios. Hablaremos más bien de ciencia, políticas y servicios de salud.

Abordar el tema de políticas sociales e intentar analizar su definición en un ámbito específico, en este caso el sector salud, es empresa bastante difícil. Descubrir el papel que juega la investigación científica en la definición de políticas de salud constituye una problemática aún más compleja.

La dificultad radica en el hecho de que una definición política no significa otra cosa que la propuesta de distribución de poder entre grupos o sectores sociales y, para que se lleve a cabo dicha distribución, debe al mismo tiempo existir la fuerza o poder suficiente para lograr que esa política tenga el contenido y dirección deseados. Dicho de otra forma, una política nace siempre y cuando se visualicen determinadas necesidades sociales y se decida encaminar acciones prácticas para dar satisfacción a las mismas. La sociedad lleva a cabo acciones prácticas si se produce el

poder para hacerlo; la comprensión de la forma como se generan las políticas radica entonces en la posibilidad de entender la manera cómo surge, se desarrolla y distribuye el poder en la sociedad.

Un segundo problema radica en la delimitación del sector salud y en la posibilidad de su análisis individualizado. La realidad es una totalidad concreta donde los “sectores” están íntimamente relacionados y determinados. La política del “sector” es parte de la política general, que responde a las leyes de la sociedad global, pero que presenta ciertas particularidades dadas por el propio objeto de trabajo, el método y la situación organizativa específica. El análisis de la particularidad “sector salud”, sin perder de vista las determinaciones y relaciones generales, constituye la esencia de esta segunda problemática.

Al ser la realidad una totalidad concreta es posible inferir que el saber, la ciencia y la investigación tienen relación con la definición de políticas. Explicar las modalidades en que la ciencia se transforma en poder y obra sobre la formulación de políticas, constituye un tercer problema que debe ser ventilado en la discusión de este tema. Por último, el hombre construye el mundo humano social, siendo la ciencia un instrumento de enorme importancia tanto para su comprensión como para su transformación, pero también la ciencia puede ser utilizada para impedir dicha transformación. El conocimiento científico puede ser un vehículo de incuestionable apoyo para la forja de una política de sustento de las actuales condiciones de dominación o para implementación de políticas más democráticas

* Ponencia presentada en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), en Quito, 1985.

de transformación del sector salud. La interpretación de esta problemática y la visualización de caminos alternativos constituyen un cuarto problema a ser estudiado.

Es imposible abordar en este trabajo todos los asuntos anotados. Debo partir del convencimiento de que en múltiples oportunidades anteriores se ha descrito y explicado la dinámica de la definición de políticas, así como las características del sector salud en Ecuador, razón por la que tan solo buscaré delimitar sus aspectos esenciales, sobre cuya base intentaré discutir el papel que puede cumplir la ciencia en la consecución de políticas y estrategias más consecuentes con los requerimientos de nuestra sociedad.

La definición de políticas sociales

Las políticas sociales de un país capitalista no constituyen sino la resultante del conflicto y lucha existente entre las clases dominantes y las dominadas, en su pugna frente a la hegemonía y la acumulación del capital.

Para Gómez “los problemas que envuelve el proceso de formulación e implementación de una política social son complejos exactamente porque envuelven una multiplicidad de intereses distintos —intereses de naturaleza política y económica de las clases sociales diversas y también de los propios dirigentes del Estado”.¹

Para los efectos de la presente discusión es importante anotar que una política social en ningún momento responde a determinantes únicamente técnicos, como sostiene la tecnoburocracia, sino que son los intereses políticos (logro de

la hegemonía o contrahegemonía) y económicos (reproducción de la fuerza de trabajo, circulación y consumo de mercancías por parte de los sectores sociales)² los que definen los contenidos y la dirección de las políticas sociales.

Las políticas del sector salud se comportan de la misma forma. Éstas variarán en función del poder que las origina e impulsa. Mario Testa diferencia tres formas de poder que obran sobre el sector salud:

- a) Poder técnico: expresado por la capacidad de generar, acceder y manejar información de distintas características.
- b) Poder administrativo: o capacidad de apropiación o asignación de recursos.
- c) Poder político: o capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses.³

Para que una política sea viable y factible, es decir, para que se formulen las estrategias, se establezcan los métodos y se organicen las acciones, es consecuentemente necesario disponer: a) el conocimiento sobre la situación a estudiarse, b) los recursos y c) la fuerza humana social necesaria.

Ahora bien, de acuerdo a las contradicciones existentes en la sociedad global y en el sector salud en particular, es posible que en la realidad objeto de acción de la política se reproduzca constantemente sin cambios o se originen en ésta cambios que de acuerdo a Matus⁴ pueden ser de tres tipos:

1. transformación de la situación,
2. reforma estructural,
3. cambio fenosituacional.

Los cambios fenosituacionales son variaciones en torno a los diversos mecanismos homeostáticos funcionales del sistema, son por ejemplo cambios en la eficiencia de los servicios de salud o en la cobertura a la población.

Las reformas estructurales son cambios significativos en elementos importantes de la esencia del sistema social dirigidos a la mantención del mismo y a garantizar su reproducción más eficaz. “Son concesiones que la clase dominante hace a la clase dominada como requisito inevitable de la correlación de fuerzas necesarias para mantener la esencia de las estructuras que constituyen el aporte de dicha clase”⁵ y son, diríamos nosotros, logros de las clases dominadas sobre las dominantes en su lucha por la consecución de la hegemonía.

La transformación, según Matus, “es un cambio excepcional en la historia ... y se caracteriza por la alteración del modo de producción”.⁶

El interés de la planificación científica en salud consiste en comprender en qué forma los cambios que se impulsan en el sector, pueden apoyar la transformación de la sociedad. Dicho de otra forma, el interés radica en identificar la lucha particular en el ámbito de la salud con la estrategia general de transformación histórica de la sociedad.

El conocimiento científico en la formulación de las políticas de salud para el cambio

El problema esencial sobre la relación entre la ciencia y la formulación de políticas de salud se centra en el requerimiento de comprender el proceso a través del cual el conocimiento científico se transforma en poder, en fuerza capaz de apuntalar la producción de propósitos de polí-

ticas adecuadas, en métodos y prácticas convenientes. Este requerimiento supone la comprensión de dos aspectos fundamentales:

- a) La transformación de la ciencia en poder y,
- b) Los determinantes del desarrollo de la ciencia.

a) La transformación de la ciencia en poder

La ciencia es en sí poder técnico, permite en primer lugar la descripción del fenómeno sectorial en sus tres expresiones:

- como fenómeno salud enfermedad;
- como fenómeno servicios de salud y,
- como saber en salud.

Permite, por otro lado, la comprensión de la esencia de dichos fenómenos, es decir, el conocimiento científico factibiliza la interpretación de la realidad de los distintos elementos ligados con el sector salud. La base para la transformación de un proceso se encuentra en su conocimiento, en la posibilidad de que la imagen subjetiva sea un reflejo de la realidad objetiva. Cuanto más completa la descripción del fenómeno y más abarcativa la explicación de sus relaciones y determinaciones regidas por leyes, más factible es, para el planificador, predecir su comportamiento futuro y formular políticas más coherentes.

La investigación epidemiológica de las dos últimas décadas ha logrado, en cierta medida, producir conocimientos a través de los cuales se han identificado las profundas desigualdades en las potencialidades de salud y vida, y en los riesgos de enfermar y morir de las distintas clases sociales. Actualmente existen posibilidades de forjar políticas heterogéneas basadas en información fidedigna y se disponen de importantes aportes teóricos, a través de los cuales es posible entender los determinantes y relaciones del pro-

1. Mentado por Fleury, S., *Estado capitalista o política social*. Quito: policopiados del CEAS; 1985.
 2. Fleury, S Op. cit.
 3. Testa, M. y col. *Estructura del poder en el sector salud*. Caracas: Universidad de Venezuela y Cendes; 1981.
 4. Matus, C. *Planificación en situaciones*. Caracas: Cendes; 1977, primer tomo.

5. Matus, C. Op. cit., pág. 301.
 6. Matus, C. Op. cit., pág. 302.

ceso salud enfermedad. Los aportes de Laurell, Diercksens, Breilh y muchos otros investigadores permiten en el momento actual delinear las regularidades del carácter particular y general de la problemática salud enfermedad.

El impulso de la investigación epidemiológica en Ecuador ha producido frutos muy importantes, instituciones como el curso de Posgrado de Investigación y Administración en Salud y Asesoría en Salud, el Instituto de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, la División de Nutrición del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), la Fundación Juan César García y nuevos institutos de investigación como aquellos de las facultades de Ciencias Médicas de las universidades de Cuenca y Guayaquil han hecho aportes importantes para la comprensión de la mencionada problemática. Mayores y diferentes esfuerzos deben llevarse a cabo, disponemos de una interpretación sobre la relación salud enfermedad -modo de producción, clase social y algunos aspectos de proceso de trabajo, pero es necesario en estos momentos investigar sobre los componentes más específicos de la reproducción social y en especial sobre el consumo simple y ampliado.

Aspectos teóricos sobre la dinámica del consumo deben ser desarrollados y en la relación más específica entre la determinación social y los procesos biológicos requieren un especial énfasis de estudio. Por otro lado, la coyuntura actual obliga a responder con conocimientos científicos en campos, donde las reivindicaciones concretas de los sectores populares se hacen presentes; ejemplos de este comportamiento constituyen las investigaciones del mencionado curso de posgrado acerca de los trabajadores de asbesto y de la industria eléctrica, que han permitido producir conocimientos que han sido utilizados por los obreros en su lucha sindical. Es decir, en estos casos, la investigación científica enriquece las consignas del proletariado y, por ende, el conocimiento ha tenido un impacto y fuerza más directo.

En el campo de la investigación epidemiológica, el esfuerzo de los dos últimos años nos ha llevado a constatar hipótesis de gran valor. Es necesario en este momento desarrollarlas y profundizarlas, así como también buscar nuevas generalizaciones que enriquezcan las teorías existentes a partir de los hallazgos efectuados en investigaciones particulares. Es igualmente necesario buscar una integración de los conocimientos obtenidos por la investigación clínica para enriquecer aquellos logrados por la epidemiología y viceversa.

La investigación sobre servicios de salud no ha tenido en Ecuador el desarrollo que ha encontrado en el campo de la epidemiología. La mayor parte de investigaciones han respetado los cánones tradicionales. Disponemos de muy escasos conocimientos sobre los determinantes que explican la distribución de servicios y el financiamiento en el sector salud, así como tampoco conocemos acerca de la estructura de poder en el ámbito de la salud.

No existe un estudio serio que intente dar cuenta de la producción de acciones de salud. El análisis de los micropoderes como alternativa a los tradicionales abordajes sobre eficiencia y eficacia puede abrir caminos para la forja de estrategias adecuadas, dirigidas al logro del poder administrativo alrededor de los sectores más democráticos de la burocracia estatal y trabajadores de la salud, así como para la consecución de un nivel de conciencia y organización de los que laboran en este sector. La influencia de las transnacionales a través de la circulación y consumo de fármacos e insumos médicos, tampoco ha sido estudiada y no tenemos conocimientos adecuados sobre las repercusiones que han tenido las nuevas políticas de salud implementadas ante la crisis del capitalismo (atención primaria, tecnología apropiada, etc.).

Contados esfuerzos nacionales en la investigación del sector salud originados a nivel del Instituto de Investigaciones Nutricionales y Médico

Sociales (evaluación de los servicios de salud rural) y a nivel del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (distribución y producción de acciones odontológicas; oferta y demanda en centros de salud urbanos; coberturas de servicios y mortalidad infantil) utilizando planteamientos teórico-metodológicos más abarcativos han permitido, al menos, cuestionar la hegemonía y deficiente prestación de servicios públicos y privados de este país. El esfuerzo teórico-metodológico que debe cumplirse en este campo posibilitará avanzar en la investigación y factibilizará forjar propuestas de políticas basadas sobre conocimientos fidedignos.

En el área del saber en salud, Ecuador ha llevado a cabo importantes experiencias en el ámbito de la docencia-aprendizaje (transformación del saber oficial). Las reformas curriculares ejecutadas en las distintas escuelas y particularmente en el campo de enfermería esperan ser sistematizadas; se necesitan teorías construidas a través de la generalización de los logros en las experiencias particulares para no caer en las reformas fenosituacionales de las que se habló anteriormente. La experiencia vivida por el curso de Posgrado de Investigación y Administración de Salud debe también ser analizada. Es urgente preguntarnos si estamos cumpliendo con el compromiso de formar profesionales con un sólido conocimiento científico y suficientemente concientes para apoyar desde cualquier área de especialización o trabajo la formulación de políticas comprometidas con los intereses populares. Es conveniente, por otro lado, que nos preguntemos si las facultades de ciencias de la salud están produciendo los conocimientos científicos que ayudarán a potenciar las fuerzas generadoras de políticas alternativas. La investigación sobre esta problemática podrá darnos contestaciones adecuadas.

La producción y distribución del poder popular en salud es de inmenso interés dentro de la formulación de políticas de salud. El poder o fuerza fundamental para la constitución de una política democrática se encuentra en el propio pueblo. El estudio de los determinantes del surgimiento de la necesidad en salud, el análisis de las concepciones populares en salud y la comprensión de la dinámica de su demanda constituyen eslabones importantes para la forja y apoyo de los movimientos sociales reivindicativos en este campo. Es conocida la crítica que hace la teoría social sobre este tipo de movimientos, pero es conveniente anotar que, por lo general, éstos han dado paso al avance organizativo. El conocimiento sobre la práctica social y el saber en salud es, por otro lado, importante como elemento de asesoría sobre los partidos políticos democráticos, que constituyen, a través de su lucha, otra fuerza para la forja de políticas alternativas en este país.⁷

En resumen, es posible afirmar que la investigación científica constituye un elemento fundamental para la formulación de las políticas en el sector salud. Es en sí poder técnico y puede la investigación científica apoyar el logro del poder administrativo y poder político, tanto para lograr cambios sustanciales en el sector particular como para integrar las propuestas y acciones específicas dentro de la estrategia de la lucha por la transformación global de la sociedad.

b) Los determinantes del desarrollo de la ciencia

El reconocimiento de la importancia de la ciencia en la definición de políticas de salud nos lleva a reflexionar sobre los determinantes para su desarrollo.

7. Es conveniente anotar que en las décadas de los 20-40 se forjó en Argentina el Partido de Salud Pública, dirigido por un médico que incluso llegó a presentarse en elecciones a nivel nacional. Referido por Testa, M. Op. cit.

El avance de la actividad científica no está condicionado únicamente por el desarrollo de la configuración interna de cada ciencia y sus recursos especializados, sino fundamentalmente por las presiones y demandas concretas que enfrentan el quehacer científico en un escenario histórico determinado.⁸

Aquel principio de determinación no opera mecánicamente, ni anula de modo general la creatividad y ánimo de independencia de los investigadores aislados o de pequeños grupos, sino que fija los límites históricos dentro de los cuales se desenvuelve no solo la producción de los científicos, aun de los más críticos e independientes, sino la viabilidad social de esa producción, su capacidad de penetrar en extensión y profundidad en una colectividad.

Pero es cierto que la propia investigación ha demostrado que en los países cuya estructura social y conformación ideológica y política están regidas por los intereses hegemónicos del capital, los cuales contradicen las aspiraciones y necesidades de las masas poblacionales, la marcha de la investigación está necesariamente inmersa en un ámbito de contradicciones y por ello aparecen, cíclicamente, puntos de conflicto que se manifiestan tanto en las esferas de los servicios estatales como en el mundo académico, y que generalmente se tornan más visibles en las épocas de mayor crisis económica y social, porque en éstas se agudiza el enfrentamiento alrededor de la riqueza producida y de la orientación práctica que se pretende dar a los recursos de la ciencia.

Es lógico suponer que la investigación necesaria para la formulación de políticas alternativas es difícil que se desarrolle, porque las fuerzas sociales dominantes la impiden, en efecto, ningún sistema apoya su autodestrucción. Por esta razón es conveniente utilizar al máximo los escasos recursos existentes, así como presionar para lograr su ampliación y fortalecimiento.

Considero que es conveniente, con miras a desarrollar la ciencia comprometida con las verdaderas necesidades sociales, hacer énfasis en los siguientes puntos:

- a) Forjar líneas de investigación que posibiliten el desarrollo de proyectos complementarios entre sí, que den cuenta de problemas cruciales para la formulación de políticas alternativas.
- b) Buscar la dinamización de la investigación necesaria a nivel de centros académicos, gremios y servicios de salud, fortaleciendo sus expresiones de trabajo investigativo.
- c) Desarrollar los medios de intermediación científica: documentación, asesoría, procesamiento de información y publicaciones.
- d) Emprender reformas curriculares que posibiliten aunar la docencia con la investigación, con el fin de abandonar los procesos circulares y repetitivos de enseñanza. Al respecto es importante analizar la experiencia de las escuelas de enfermería para profundizar y ampliar sus logros.
- e) Procurar que la investigación en salud responda a los requerimientos populares más importantes y suscitadores que se originan en este campo.
- f) Avanzar en la consolidación teórico-metodológica de los ámbitos científicos que prometan mayores logros dentro de la lucha histórica en el campo de la salud.

8. Mikulinski, S. *La ciencia y los servicios de salud: problemas e investigaciones de años 70*. *Viprosi Filosofía*, 7:40-47; 1975.

Artículo 2

Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina*

Uno de los problemas complejos que tiene aquel que intenta comprender el desarrollo de un determinado proceso es el que hace referencia a su periodización. Es obvio considerar que la periodización de un hecho social que sucede y se transforma como es la salud pública, responde a las transformaciones estructurales y supraestructurales que ocurren en un determinado contexto. Si se intenta hacer ese tipo de periodización, es fundamental llevar a cabo un estudio más profundo y respetuoso de la realidad, aspecto que no puede ser cumplido por el que escribe estas notas, bajo la presión de un tiempo sobrecargado de actividades diversas que impiden dicha seriedad. Lo que me anima es plasmar en este documento una especie de “acta de guerra” en la que he participado, expresar las ideas, producto de una práctica que obviamente responden a una visión limitada de un individuo que observa, a pesar de sus esfuerzos, solo parcialmente la realidad, porque vale la pena aclarar que, considero que toda práctica es partidaria y sobre todo cuando es desarrollada por alguien que renuncia a ser un observador imparcial de la realidad y más bien ha decidido participar en su transformación, lo cual supone que tiene una idea adelantada en el tiempo de cómo debe ser el producto de esta transformación. En esa medida, la búsqueda es intencionada y la memoria tan solo recupera aquellos elementos que intervinieron, deteniendo o aclarando el proceso sobre el cual se intenta intervenir. Me salva, en alguna medida, pero solo en alguna medida, el hecho de basar el análisis en una teoría interpretativa que en el curso de la historia demostró ser válida: el materialismo histórico y el materialismo dialé-

ctico, en la forma como entendí (con mis limitaciones prácticas y teóricas) lo propuso Marx y Lenin. Aquí radica nuevamente la problemática de mi partidismo, toda vez que en la actualidad se requiere, de acuerdo a las “personalidades” versadas en el asunto, analizar las nuevas versiones e interpretaciones sobre el cambio social que actualmente pululan en el mundo. Ahora bien, esto no quiere decir que lo que yo deje de lado constituye una falla interpretativa de la teoría de la cual hecho mano para sentirme más tranquilo, sino falla de mi ignorancia. Interpreto que las limitaciones son más fuertes que las posibilidades, pero al mismo tiempo considero que estos balbuceos pueden ser de utilidad para quien me encomendó que lo haga, mi maestro, compañero y hermano Miguel Márquez, en un contexto particularmente retador. Me refiero a ese sueño hecho realidad que constituye el socialismo cubano, sueño que lo he reelaborado a distancia por más de veinte años.

Un intento de periodización

Encuentro que la salud pública en América Latina, en los últimos treinta años, ha tenido tres momentos de conflictivo desarrollo. Un primer momento podría caracterizarse por lo que yo llamaría la instrumentalización del quehacer en salud pública, un segundo momento caracterizado por la constitución teórica de un proyecto popular en salud pública, y un tercer momento caracterizado por el fortalecimiento y lucha de las corrientes en salud pública.

* Ponencia presentada en La Habana, mayo de 1990.

Momento de instrumentalización del quehacer en salud pública: la década de los sesenta

El desarrollo de la salud pública en América Latina está profundamente determinado por la lucha político ideológica que ocurre en los últimos treinta años en el subcontinente.

Desde el imperialismo y la burguesía dependiente apareció como fin fundamental utilizar el quehacer en salud dentro del proyecto desarrollista propuesto en Punta del Este con amplia participación de la Alianza para el Progreso y la aprobación del Departamento de Estado. La Revolución Cubana fue una enseñanza muy dura para el imperialismo: no era posible mantener las condiciones de depauperación del pueblo, existía un intenso movimiento social que había sido acallado por las armas en años anteriores en Bolivia y Guatemala, pero en algunos momentos era posible hacerlo, puesto que el apoyo popular a la Revolución Cubana así lo había demostrado. Era necesario desarrollar económica y socialmente al submundo latinoamericano. La estrategia burguesa-imperialista se dirigió entonces a:

- a) Lograr la presencia del Estado burgués en todos los ámbitos del espacio nacional a través de proyectos de desarrollo, construir la imagen de un Estado benefactor y, sobre todo, exorcizar los demonios del movimiento social democratizante que allí se enraizaba.
- b) Expandir el espacio de intervención del capital con miras a modernizarlo y lograr el necesario desarrollo.
- c) Implementar las medidas de protección de la fuerza de trabajo necesarias para la tarea desarrollista.

El quehacer en salud constituía un excelente medio para lograr dichos propósitos. Cada programa de desarrollo se encargó de un componente de salud, donde fueron fortificados los organismos encargados de esa responsabilidad.

El Estado burgués pasó entonces a ampliar su espacio de acción. Algunos gobiernos, como el de Ecuador, descubrieron en este tiempo que también los campesinos se enfermaban, que ellos también podían ser vistos desde el Estado con ojos de benefactor, a pesar de su comportamiento de intensa contraposición con él. La preocupación fundamental radicaba en extender la cobertura y fortalecer el aparato del Estado encargado de la salud. Apareció, entonces, como necesidad fundamental para la burguesía y el imperialismo, desarrollar la administración estatal en salud y crear los laboratorios de la comunidad que tanto peso tuvieron en la década de los 60. Allí aprenderían nuestros técnicos a mirar lo que el imperio necesitaba y a desoir lo que nuestro pueblo quería y allí, sobre todo, aprendería nuestro personal de salud a ver lo que la burguesía y el imperio querían para conservar el sistema y a retraducir las necesidades populares de libertad y conciencia en dádivas baratas.

Esta estrategia planteada por el imperio debía necesariamente cambiar la constitución de las Escuelas de Salud Pública. El problema era grave porque la salud pública latinoamericana estaba cargada de una proyección profundamente *yankee*. Nuestros maestros habían sido formados en sus claustros, habían traído toda la carga tecnológica de las universidades de Johns Hopkins, de Harvard, de Columbia, de Puerto Rico. Estaban entregados a una práctica tecnicista y biológica que hacía tabla rasa de todo lo que olía a ciencias sociales. Pero, en esos momentos, no se necesitaba únicamente eso, la salud pública requería que la práctica técnica se cargue de ideología. No importaba el problema de salud, sino la posibilidad de bajar la temperatura de los pueblos que, con el ejemplo de la Revolución Cubana, la veían tras de la puerta. Se requería incidir sobre el comportamiento de nuestro pueblo. Y así, por necesidades del propio sistema, las ciencias del comportamiento fueron introducidas en nuestros círculos, se pusieron de moda y desde el pregrado hasta el posgrado acompañaron a los estudiantes. Pasamos, en

esta forma, a valorar el avance o estancamiento de nuestras Facultades de Ciencias de la Salud por la presencia y desarrollo de las Ciencias del Comportamiento.

Pero no solo era necesario comprender el comportamiento de nuestras poblaciones, no se podía solamente drogar para siempre la conciencia de nuestras poblaciones desde la salud (no hay mal que dure cien años ni nadie que lo soporte), sino que también debían producirse cambios mínimos y visibles en sus vidas, conservando intocado el sistema de dominación. La salud pública debía, lógicamente, eficientizar el sistema administrativo a través de nuevas formas de planificación y administración. No importaba aún copiar la forma de planificación socialista; ésta, al fin y al cabo, no tendría mayor repercusión si se conservaba la base del poder burgués, había que desarrollar un sistema de planificación económica redistributivo que impidiera la acumulación exagerada de riqueza. El capital comenzaba entonces a hablar un lenguaje casi incomprensible, se criticaba de su propio ser, ya no quería apuntalar la riqueza... pero solo durante un momento y en los países donde no había regímenes fuertes y donde la lucha de clases no ponía en peligro el esquema de dominación, porque en otros países aconsejaba la continuación de “milagros” tales como el brasileño donde a fuerza del garrote se detenía cualquier aspiración popular.

La salud pública latinoamericana se embarcó, como producto de esta necesidad, en un activo proceso de reflexión e implementación de planes de salud que prometían mucho, pero no pudieron brindar gran cosa. Los técnicos nacionales reconocieron que el pecado capital consistía en su miopía que impedía ver los beneficios de la planificación, que eran técnicos malos, que el socialismo había avanzado en salud solamente por su habilidad planificadora. Que debíamos traducir los planes económicos y hacerlos entendibles y utilizables por la burocracia en salud y que no había necesidad de ninguna revolución,

que aquella era capaz de ser sustituida solamente por la razón.

Ahora bien, el movimiento planificador debía sustentarse sobre una casa bien administrada y, además, sobre el avance en la comprensión de las causas de nuestros problemas de salud más frecuentes. No podemos negar que en esta época avanzamos notoriamente en la interiorización de técnicas más sofisticadas en epidemiología, planificación y administración. El salubrista fue de esta manera transformado en una especie de antropólogo funcionalista, encargado de traducir las necesidades de libertad y autarquía de nuestro pueblo en necesidades mínimas de salud, cargado de una fe infinita en esas técnicas de planificación, administración y epidemiología que todo lo solventarían. Al fin y al cabo, con el conocimiento que le ofrecían las Ciencias del Comportamiento estaba en capacidad de interpretar las “necesidades” de la población que había sido malévolamente movilizada por las fuerzas de izquierda y con el conocimiento empírico de la epidemiología, la administración y la planificación tenía a mano instrumentos fundamentales para sostener el avance democrático, que era interpretado desde su limitación como desorden e imposibilidad de progreso.

Mientras el imperialismo y la burguesía preparaban con denuedo la ya antes mencionada proyección en salud, la izquierda se encontraba también profundamente ocupada con la lucha por el cambio. No había tiempo para pensar en construir una proyección teórica particular en salud, ésta no tenía gran importancia en aquel momento, había que utilizar todos los recursos en el terreno. El espacio y el movimiento social eran fundamentales, había que instrumentalizar todo. No importaba que el imperialismo estuviera desarrollando nuevos elementos de comprensión de la dinámica social porque la izquierda estaba insertada en el seno mismo del pueblo desde donde combatía. De lo que se trataba era de apoyar con acciones prácticas el ímpetu revolucionario, que era tangible, se lo veía,

se lo olía; nada de teorización, las acciones de salud eran más importantes, valía más apoyar al cuadro, al posible compañero, a la persona indecisa, o a cualquiera que sea, porque todos eran posibles revolucionarios. Cuba lo hizo, también podíamos lograrlo nosotros, nada de teorización, nada de particularidades, la mecha de la bomba se había prendido, tan solo teníamos que calentar más el ambiente para ayudarla a explotar. ¿Que no teníamos una realidad particular por la cual teorizar?, sí pero el momento no nos permitía, lo que importaba era la unidad, porque las particularidades no podían ser tomadas en consideración. No importaba desarrollar las mismas acciones que hacía la burguesía, porque la izquierda la hacía para su campo. Brindando atención médica individual conseguiríamos demostrar que podíamos hacer igual que ellos, mejor que ellos. Toda persona que atendíamos era un potencial compañero.

¿Y qué ocurría en nuestras Escuelas de Salud Pública? Pues éstas también se cargaron de un discurso revolucionario (al menos las que yo llegué a conocer, muy pocas por supuesto). Pero este discurso no caminaba más allá de sus límites discursivos porque no sabíamos cómo traducirlo en la práctica. Introdujimos en los currículos de los pregrados (donde teníamos mayor control) cátedras y materias que tenían nombres rimbombantes. Creíamos que los estudiantes al recibir una moderada dosis de materialismo histórico y materialismo dialéctico harían una síntesis por arte de magia en su enfrentamiento con la realidad de salud y no comprendíamos que esa síntesis lo hacían los cuadros que no tenían ese abundante condumio teórico. Creíamos que la dialéctica era posible aprenderla en el pizarrón. Sin embargo, nos ayudaba aquella efervescencia estudiantil de la década de los sesenta que, sin lugar a dudas, nos permitió llevar algunos cuadros desde el pizarrón a la realidad, pero nos encontrábamos en la imposibilidad de transformar aquel legado de los clásicos en un discurso particular en salud, en un instrumento metodológico para actuar en el campo de la salud.

Si ni siquiera en pregrado podíamos traducir nuestro discurso, era aún más difícil llevarlo al posgrado, razón por la cual esa efervescencia discursiva no produjo modificaciones curriculares de importancia en la enseñanza en salud pública y era lógico esperar aquello, porque el proletariado y el pueblo en general estaban haciendo su lucha política posible y los intelectuales de izquierda tan solo nos hallábamos en una práctica de apoyo (que considero fue adecuada) sin producir los elementos necesarios para la lucha ideológica en este campo.

Constitución teórica de un proyecto popular en salud: la década de los setenta

No tardaría mucho tiempo para que el imperalismo y la burguesía de nuestros países definirían que no podían seguir jugando en esa forma en un espacio tan incierto. Los años finales de la década de los sesenta y los iniciales de la década de los setenta se caracterizaron por un cambio fundamental en los procedimientos. En Uruguay comenzaría la noche para la democracia soñada y un poco más tarde este manto se extendería al Chile de Allende y a Argentina, y después... sería largo contar. Las dictaduras o estados de excepción en América Latina pasarían a ser la regla y la democracia burguesa un estado de excepción. Los compañeros de izquierda que lograron salvar sus vidas buscarían su exilio en los países donde todavía podían seguir respirando. Los iniciadores de ese entonces que ya buscaban una comprensión más profunda de la problemática de salud colectiva debieron huir y algunos de ellos fueron asesinados; basta recordar a Miguel Pavlov y Claudio Jimeno, quienes jugaron un papel fundamental en los primeros momentos de constitución del pensamiento social en salud. Los movimientos populares fueron barridos y el holocausto de los dirigentes de izquierda latinoamericana como una pesadilla de horror y de rabia.

La izquierda se refugió en las universidades que mantenían su autonomía, o creó, o pobló centros de investigación, donde, al menos, podían continuar pensando y creando. Este exilio obligado (obligado por la represión o por la necesidad de comprensión científica de la realidad) produjo resultados beneficiosos en el campo de la salud. En efecto, la izquierda se comprometió en muchos países a iniciar y en otros a continuar el esfuerzo iniciado, por lograr una interpretación distinta sobre la producción y distribución de la salud enfermedad. Debía darse una interpretación científica de la salud desde las ciencias sociales, debía traducirse a Marx y Lenin en salud. Debían crearse elementos científicos para desde, la particularidad en salud, apuntalar la marcha revolucionaria, al mismo tiempo que la salud debía nutrirse del propio avance revolucionario. Pero no solamente se debían comprender los determinantes de la producción y la distribución de la salud-enfermedad, sino que debía comprenderse la dinámica de los servicios porque la población los demanda, y aún más, se debía comprender cómo surge el saber popular, cuáles son los determinantes de la producción de la ciencia y técnica en salud, y se debía aprender a transmitir los conocimientos en salud en una forma diversa.

En la mayor parte de países se hizo un esfuerzo grande para consolidar un marco interpretativo distinto sobre la salud. Para finales de la década de los setenta ya se habían elaborado importantes avances teóricos, metodológicos y técnicos en este campo y se había logrado demostrar que la salud se hallaba profundamente relacionada con lo social, que no es posible el cambio en salud sin un cambio en la estructura social, que la práctica en salud y la atención médica debe partir desde el pueblo, que la salud es un campo de lucha política y la lucha en el ámbito específico debía hallarse profundamente imbricada con la lucha política general. Las ciencias sociales pasaron a tener un enorme peso, la epistemología, la economía política, la antropología, la teoría sobre el estado, la teoría de la comunicación y educación, entre otras, ganaron una fuerza

inusitada. La izquierda empezaba a advertir, con bases científicas, que no es posible administrar en salud sin investigar, que no es posible actuar sin una sólida formación teórica porque los vericuetos del capital son complejos y pueden fácilmente conducir a perderse en el camino porque la izquierda no dispone de una brújula que la guíe desde el Estado, como ocurre en Cuba, sino que la burguesía crea interesantes subterfugios que los pinta con graciosos colores, que los acompaña con cantos de sirena, que los enreda con modernas teorías para distraer la atención de los cuadros que se encuentran accionando en salud, para lo cual, para esa práctica, no hay otra posibilidad, como lo decía Lenin y lo dice el comandante Fidel Castro, que poseer una clara teoría y mantenerse junto al pueblo.

Además, el administrador revolucionario que se ubica en el Estado burgués —comprendía la izquierda— debía poseer un sólido conocimiento para actuar en las resquebrajaduras que existen en el aparato estatal y gubernamental. Que su papel no era modernizar el Estado, sino solamente cuando aquello permitía lograr más fuerza para apuntalar el poder popular, que debía saber hacer lo que hace el burócrata típico, pero de mejor manera para poder mantenerse en el Estado, porque debía aprender a subsistir en la lucha; supervivir y luchar, pero no entregarse en los brazos de las necesidades de supervivencia, sino supervivir para luchar y en esa lucha realizarse humanamente. Porque se interpretaba que el administrador en salud en el capitalismo debe dirigir su mirada con el fin de visualizar la posibilidad de fortalecimiento del poder popular a través del control social sobre los servicios. Debe buscar cómo transformar el saber popular en salud de carácter alienado en conciencia sanitaria, debe comprender cómo el reino de las necesidades inmediatas del pueblo puede ser transformado en un paraíso de libertad a través de la lucha. Que debe aprender las técnicas adecuadas para apoyar la creación de un movimiento en salud democrático, popular y nacional. Pero que no solamente debía quedarse

allí, sino que era necesario tener conocimiento sobre cómo funciona el movimiento particular con aquel general que sustentan los partidos de izquierda que buscan el poder. Para escrudñar nuestro ser nacional y cultural, comprender cómo nos adormecieron y rescatar las formas de resucitar, accionando sobre nuestras propias posibilidades.

No era suficiente aquello. Debíamos comprender cómo podíamos desarrollar la ciencia en salud y cómo direccionarla para sacarla del marasmo en que se encontraba, pero no interpretando que la ciencia-en-sí produce la revolución, sino cuando tenemos el poder para manejarla. Entonces, teníamos que comprender cuáles son sus determinantes en nuestro contexto, cuáles ramas científicas debían ser fortalecidas a través de la movilización democrática y popular. Debíamos entender qué aspectos debían tener mayor prioridad y cómo atraer los recursos hacia dichos campos y sobre todo formar un personal científico profundamente politizado y comprometido. Pero esos investigadores no desarrollarían su conciencia sino trabajábamos sobre opciones más democráticas para encausar las investigaciones, lo cual nos enfrentaba en la disyuntiva de encontrar formas metodológicas que engarcesen a los investigadores en un quehacer dialéctico que les permita comprender su objeto profundamente imbricado con la totalidad que lo atraviesa, que lo produce y, al mismo tiempo, factibiliza su necesaria articulación con el pueblo y que le permite observar y comprender su vida. Se trataba, entonces, de superar el empírico-análisis para buscar nuevas alternativas que debían focalizar nuestra atención en la dialéctica, que no había sido desarrollada en el campo específico de salud; debíamos desarrollarla. Debíamos rescatar a los clásicos, buscar a un Marx y Engels metodólogos, a un Lenin metodólogo, a un Hegel metodólogo, para aprender a ver la parcela específica de salud profundamente interrelacionada, no solamente para comprenderla sino para transformarla.

Se nos presentaba el dilema de que no bastaba solo investigar y actuar, sino multiplicar ese esfuerzo para formar uno, diez, cien gentes que reprodujeran ese empeño, que lo ampliaran, que lo superaran, razón por la que teníamos que encontrar nuevas formas de docencia para transmitir los nuevos conocimientos, porque estábamos convencidos de que las formas anteriores de enseñanza terminarían anquilosando nuestras pretensiones. La docencia debía basarse en una interpretación distinta: debíamos enseñar aprendiendo de la realidad, debíamos constituir una práctica docente que al mismo tiempo fuera investigativa. Ese esfuerzo investigativo tenía que estar profundamente conectado en el quehacer práctico, con la elaboración de los instrumentos de transformación. Mas no podíamos caer en el pensamiento elitista de que sólo el investigador transformaría la realidad, sino que debía realizarse una interpretación correcta sobre su papel como intelectual orgánico, y, en esa medida, nos remitía a la necesidad de politizar el método.

A finales de la década de los 70 estábamos munidos de los instrumentos básicos para retornar a la sociedad, para cuestionar a las instituciones del Estado, para comprender el papel que juega la cultura en la salud y en la demanda de servicios, en la posibilidad de inquirir sobre el movimiento social y la salud, a preguntar con algún nivel de solvencia sobre el papel del Estado en la salud, a figurarnos una respuesta inicial sobre la distribución de la salud en el espacio, a ubicar las diferencias sociales en salud, etc. etc.

Mientras tanto el imperialismo avanzaba también en forma notoria en la consolidación de un marco interpretativo y metodológico en salud pública: la fenomenología había sido físicamente utilizada en el área de salud. Las investigaciones desarrolladas en los países capitalistas centrales habían permitido constituir una teoría lúcida en este campo. El movimiento se hacía ya presente con un cuño radical en América Latina a princi-

pios de la década con los trabajos de Ilich sobre la *Némesis médica* y después adquiriría una connotación profundamente reaccionaria pero con una apariencia contestataria.

Para la fenomenología no era necesaria la evolución social, aún más, era posible llegar a niveles de salud superiores reconquistando la estructuras mediadoras, lo cual significaba reconstruir la familia, rescatar la etnia, las instituciones culturales, la religión, los clubes barriales, etc., dominados por las megaestructuras estatales capitalistas y desde ese nivel impulsar la salud de la población. El milagro radicaría en que en esas instituciones primarias el hombre constituye un ser y si aquellas se rompen, éste cae en la anomia, en la alienación y, por ende, en la enfermedad. Rescatándolas, sería posible reconstruir la acción social que es un producto de los actos individuales trascendentes y que, por lo tanto, no está supeditado a ninguna ley, sino tan solo a regularidades siempre cambiantes porque así somos los hombres. De un plumazo, la fenomenología niega la ciencia marxista sobre la sociedad y, por otro lado, excluye a la revolución como eje principal de la transformación y el logro de la salud. Según ellos, es mejor concentrarse en los aspectos posibles y más ligados con los cambios necesarios referidos a la vida del consumo individual humano, sin tocar los aspectos productivos, sin hablar sobre la alienación del hombre en el trabajo, porque seguramente eso está dado y no se debe ni siquiera mencionar.

La teoría y método fenomenológicos cobran una inusitada fuerza en la salud pública latinoamericana y pasa a constituirse en un marco teórico alternativo fuerte que sustituye al estructural funcionalismo, al cual critica y se contrapone a la interpretación marxista-leninista y aún logra impregnar la nueva corriente científico social, que la izquierda la había bautizado como “medicina social” o “salud colectiva”.

¿Qué es lo que ocurre en la formación de los salubristas? Pues, tanto las escuelas de salud pública

tradicionales como los cursos de posgrado de medicina social, impulsan una apertura notoria hacia las ciencias sociales, las ciencias políticas y las ciencias filosóficas. Las dos corrientes necesitaban la corriente fenomenológica para encontrar una contrapartida al materialismo histórico y al materialismo dialéctico y también (y esto es fundamental) para encontrar una salida ante la crisis económica que actualmente vive el capitalismo. Es que era y es necesario apuntalar el papel de apoyo acumulador que cumple el Estado, desviando los gastos sociales hacia la inversión productiva en este momento de aguda crisis fiscal y encargando a la sociedad el cuidado de su propia salud y de su bienestar, era y es necesario abaratar los servicios. La medicina social, en cambio, requería y las requiere para sustentar su lucha, para describir en las enredadas madejas del capital los hilos de su destrucción.

La lucha de las corrientes: década de los ochenta

Considero que la lucha no solamente consiste en oponer al enemigo sino en minarlo, para mi modo de ver esto está ocurriendo en la medicina social o salud colectiva latinoamericana.

La corriente fenomenológica logró constituirse, no solamente ha avanzado en el plano teórico, no solo tiene una sólida base interpretativa unilateral de la realidad social, sino que además ha desarrollado métodos de conocimiento y acción importantes que le permiten dar respuestas más rápidas y eficientes a la burguesía de lo que da el estructural-funcionalismo. Por otro lado, el largo período uterino que tuvo la medicina social y el abandono del trabajo estratégico de reflexión sobre la práctica utilitaria inmediata que se desarrolla desde el Estado, que debía haber cumplido la medicina social con miras a su supervivencia y avance, han apoyado el fortalecimiento de la primera, sumado esto a nuestra incapacidad de encontrar las formas docentes más adecuadas (a excepción de Brasil, México y posiblemente

Ecuador). Pero considero que esto no constituye el problema más grave, sino una simbiosis negativa que ocurre entre materialismo histórico-dialéctico y fenomenología que, actualmente, produce una pérdida de armas por parte de los investigadores, docentes y trabajadores en salud pública. En otras palabras, este planteamiento está minando nuestras posibilidades.

A través de una lectura unilateral y deformada de Gramsci, la interpretación fenomenológica se fortalece en las propias filas de la medicina social. Ya lo había advertido Juan César García hace ocho años en su trabajo *La formación del médico en la realidad social de cada país*. El teórico revolucionario italiano Gramsci pasa por boca de los teóricos doctos a hablar un lenguaje bastante complejo de ser entendido por parte de las huestes revolucionarias. La toma del poder era necesaria (hasta aquí no existe problema), pero en un segundo momento. ¿Cuál es el primer momento? Bueno, algo así como la educación o “culturización” de los “actores sociales” a través del trabajo político-cultural-ideológico desarrollados en las instituciones de la sociedad civil, las mismas que están constituidas por todas aquellas expresiones culturales y de bienestar social que constituyen la sociedad. En otras palabras, deberíamos trabajar con un nuevo mensaje culturizador o democratizante en el seno de escuelas, colegios, universidades, círculos artísticos, organizaciones primarias, tales como la familia, los grupos étnicos, los grupos religiosos, para posteriormente producir una posibilidad de cambio paulatino y gradual, no violento. ¿Qué resultados benéficos produciría esta modalidad de cambio? Pues, por un lado, evitar la desastrosa dictadura del proletariado que ha producido tantos males en la tierra como, por ejemplo, los archipiélagos Gulag, la represión rumana y otros desastres, todos ellos relacionados con una ruptura de la democracia que aparece como un bien supremo y sin apellido, porque parece que es tan benéfica la democracia burguesa cuanto la democracia socialista. Entonces, una vez que la gente gane un espíritu democrático lograremos gra-

dualmente dar el cambio a la sociedad política u órgano del poder. De esta manera evitaríamos la violencia y, al mismo tiempo, educaríamos a ese proletariado que ha construido estados tan represivos. Francamente como idea es genial, si se pudiera hacer el cambio en esta forma, sería una bendición; ¿para qué la lucha armada?, ¿para qué tanto sacrificio de los revolucionarios? Lo único que nos preguntamos, ¿alguna vez en la historia alguna clase social cedió el poder con tanta generosidad? Lo único que nos preguntamos, ¿el imperialismo nos dejará tomar el poder con tanta facilidad? Lo que recordamos es que no permitió que Chile lo hiciera, que Brasil lo hiciera, que se opone a que Nicaragua lo haga.

Perspectivas

¿Cuáles son las repercusiones en el campo de la salud pública? Pues sencillamente encontramos que esta nueva moda de interpretar el cambio social nos desarma. Ya no se habla de imperialismo, parece que no existe a pesar de que lo sentimos con fuerza diariamente. El análisis leninista sobre el imperialismo ha sido sustituido por una contraposición entre occidente y oriente. Ya no se habla de clase social porque aquello parece que ya no tiene vigencia, sino sobre “actores sociales” que parecen no tener clase. Ya no se habla sobre poder y partido, éstos han sido sustituidos por un intento de lucha democratizante y por movimiento social (el partido conduce a la toma del poder, entonces parece ser negativo). Para aquellos que nos conservamos un poco más antiguos y, si se quiere, ortodoxos (quién sabe que lo seamos) nos parece que esta corriente no tiene mucho que ver con el marxismo, a pesar de que dice interpretar desde el punto de vista gramsciano que hasta donde se conoce es un marxista, y tiene más similitud con la fenomenología que tanto peso ha adquirido en estos últimos tiempos impregnando la teoría, el método, los movimientos sociales y aun el plato de sopa que nos servimos.

¿Cuál es su impacto en la salud pública? Pues algo así como nefasto. La medicina social que intentaba constituirse como una respuesta marxista-leninista latinoamericana se halla colocada en un desfiladero entre el Escila del empirio-positivismo y estructural funcionalismo y el Caribdis del movimiento fenomenológico-seudogramsciano, luchando por un costado con el catecismo de una interpretación todopoderosa de la técnica sobre la salud y la vida social y, por otro lado, con esta nueva versión que intenta encontrar las fallas del sistema para modificarlas, para dar las respuestas adecuadas para, según lo alcanzo a entender, producir un capitalismo más humano. En esa encrucijada me parece que se sitúa la salud pública cubana cuando intenta mirar a la salud pública latinoamericana.

Creemos que los próximos años presentan retos de enorme importancia para el desarrollo del pensamiento científico en salud pública, para la formación de los cuadros portadores de una conciencia nacional, democrática y popular en salud, para la lucha por el logro de mejores

niveles de salud y calidad de vida de nuestros pueblos y para el desarrollo de servicios de salud acordes con nuestras necesidades. La posibilidad de avance de la corriente marxista-leninista en salud (creo que así va a tener que comenzar a identificársela) dependerá de su posibilidad de articulación con las necesidades de las clases sociales portadoras de la fuerza transformadora fundamental, de nuestras posibilidades de elevar la conciencia sanitaria popular, de articular este esfuerzo particular con las organizaciones de izquierda que tengan aspiraciones de poder. Su fortalecimiento dependerá de la formación de mayor número de cuadros con una sólida formación y una clara definición política, así como la acumulación de nuevos conocimientos que apoyen la comprensión del abigarrado proceso latinoamericano y mundial. Sin lugar a dudas, la salud pública cubana jugará un papel muy importante en esta endemoniada partida de ajedrez.

Artículo 3

Escuela de Salud Pública: un espacio para la lucha en salud*

Inaugurar hace referencia a comenzar, principiar, iniciar, pero también se relaciona con definir. Parece que los inicios siempre se acompañan de la búsqueda de una definición y que las definiciones son más simples en los comienzos. En efecto, el inicio se muestra como un momento donde pesa la fuerza del presente acariciado por los sueños del mañana que diseñan con mucha soltura propósitos y metas que aparentemente son fácilmente alcanzables con la buena voluntad. En esa medida, el amplio camino del mañana, libre de todo escollo, subyuga nuestra mente y nos propone un fácil compromiso con el “deber ser” que se coloca como la única fuerza dirimente para el logro de la figura de lo que se intenta hacer.

Pero lo cierto es que toda estructura social que nace es producto del legado histórico con el que encuentra y sobre el que vive el “hoy” mientras diseña su propio “mañana”. En otras palabras, toda institución mientras vive su presente, dibuja su futuro, impulsada por el pasado. El “ayer” y el “mañana” obran ineluctablemente sobre el “ahora”, momento privilegiado en el cual se desarrollan las acciones o prácticas humanas, y por lo mismo obligatoriamente definibles. El inaugurar hoy constituye en cierta medida, continuar el ayer y propulsar el mañana siempre abierto, un momento de ajuste de cuentas con lo que se hizo y se dejó de hacer y el diseño de lo que se hará; es un momento complejo de definición en el que la acción se siente atrapada por lo que se viene haciendo y busca ansiosamente romper ese encanto para huir hacia el deber ser potencial. En esa medida, la inauguración es, al mismo tiempo, augurio de acciones futuras, liberadas

de ataduras negativas del pasado, potenciadoras de lo positivo, fundadoras de lo nuevo.

El problema “inaugural” radica en la dificultad de definir las estrategias que permitan acumular la suficiente fuerza o poder de diferente calidad, necesario para apagar las deudas de enfermedad y muerte del pasado, evitar que éstas crezcan como hasta ahora lo hacen y, al mismo tiempo, propiciar nuevas acciones que abran horizontes diferentes de salud y de vida; todo esto en un momento de crisis económica, política e ideológica que dificulta aún más el trabajo de los “augures”. Ésa es posiblemente la preocupación diaria de todos los individuos e instituciones del país y ésa debe ser también la preocupación de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. En otras palabras, la Escuela de Salud Pública debe preguntarse qué hacer desde la docencia para apoyar en la solución de las enfermedades ligadas con el deterioro simple que cada vez crecen más y se hacen presentes como tasas de tuberculosis, malaria, cólera, que incrementan diariamente y que, como demonios del pasado, se unen en matrimonio con aquellas enfermedades que acompañan la modernización impuesta e importada y que muestran su rostro como violencias, enfermedades hipertensivas, sicosomáticas, drogadicción, SIDA, etc. ¿Qué hacer con ese pasado que se ensaña, que resucita en el presente solo como fuerzas negativas que matan a nuestra gente y se niega a recuperar nuestras glorias de shamanes preincásicos, de sociedades más sanas, felices y productivas? La Escuela de Salud Pública tiene que preguntarse qué hacer con los servicios públicos de sa-

* Discurso pronunciado en la inauguración de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, en Quito, diciembre de 1991, en su calidad de primer director.

lud que cada día se deterioran más, traicionando así el sueño de Eloy Alfaro, el pensamiento liberal progresista de inicios del presente siglo y el sueño de aquellos trabajadores de la salud que fundaron el Ministerio del ramo, con el fin de extender la acción protectora del Estado burgués, qué hacer con los salarios que disminuyen por debajo de los niveles alcanzados en la década anterior, con las jornadas de trabajo cada vez más extenuantes y prolongadas, con las pésimas condiciones de vivienda y la problemática situación del transporte, con la alienante educación y la destructiva comunicación social, con el marginamiento de las mayorías, y con el irrespeto de nuestra cultura nacional.

La Escuela de Salud Pública no puede, por otro lado, dejar de reconocer y analizar los problemas y amenazas que se ciernen sobre las tres cuartas partes de la población conocida como tercer mundo o países explotados, con los cuales nos hermanamos en la miseria, en la lucha y en la irrenunciable construcción de la esperanza.

Primero: el nuevo orden mundial, la transnacionalización, la distinta competición entre los grandes bloques, la aparición de un ejército norteamericano-cancerbero brutal y un Estado mundial impositivo, con la concomitante amenaza de una relegación más profunda y duradera de nosotros, los países dominados.

Segundo: la nueva revolución tecnológica que abrirá inmensamente el futuro, pero que, si no podemos comprenderla y avanzar, propiciará una dominación más perversa.

Tercero: las disparidades cada vez crecientes entre naciones ricas y pobres, entre clases dominantes y explotadas, entre países del hemisferio norte y del hemisferio sur.

Cuarto: la Escuela de Salud Pública deberá considerar cómo países del norte, luego de haber agotado irresponsablemente la naturaleza, ahora pretenden que no utilicemos nuestros

recursos para preservar limpio el aire para sus pulmones.

Quinto: debe, además, comprender que ahora, cuando la Escuela intenta inaugurar su vida, los augures de la humanización se encuentran perseguidos y se nos quiere convencer de que los dioses se han llevado a Prometeo junto con su fuego. Se habla más bien del fin de la historia, del ocaso de la razón, de la imposibilidad de hacer este mundo más humano, del fracaso de la lucha por la libertad, de la negación de la solidaridad, del entierro de Marx, Lenin, Daquilema, Alfaro, Agustín Cueva, Espejo, Ricardo Paredes, de la imposibilidad de resucitar nuestros muertos para conquistar nuestra propia vida, de que no podemos ser nosotros a pesar de los quinientos años de resistencia, a pesar de tantos sueños de Bolívar, a pesar de tantas luchas y tantos muertos. Se plantea que ya no existe ninguna posibilidad de definir el sentido de nuestra vida, puesto que el significado general está dado como ley o naturaleza absoluta representada por la cultura del capital; que no es factible hablar otro idioma que el del mercado; que no se halla definida nuestra dependencia, que lo único que puede cambiar son las nuevas formas de lo mismo; que lo público no es bueno, que el Estado benefactor es una equivocación fabiana o un trasnochamiento keynesiano, que el propio Estado capitalista tradicional es demasiado benéfico para el pueblo y que debe ser sustituido por uno que permita mayor acumulación de la riqueza basada en la disminución de los gastos sociales que deben focalizarse para cubrir únicamente a ciertos grupos que más problemas pueden causar, destruyendo. Incluso la falsa igualdad y derecho ciudadanos; que la eficiencia de lo privado debe sustituir a la maquinaria lenta e inútil de los servicios colectivos para terminar sirviendo solo a los que sean competitivos, traicionando en esta forma los anhelos del pueblo organizado que apuntaló ayer con su lucha el nacimiento de esas instituciones públicas para que respondan a sus necesidades. Nos proponen que todo está dado, que hemos encontrado al Uno, al Absoluto, el

Ser es el Capital y esta repugnante dependencia cada vez más sufrida y que la más grande confirmación constituye el viaje de Europa del Este en búsqueda del socialismo y su encuentro con el sagrado mercado.

En esta noche de inauguración deberíamos estar tranquilos en nuestros ánimos porque la Escuela de Salud Pública ya no tiene que atravesar ese desfiladero de definición entre la lucha por el cambio o por la conservación del *statu quo*, desfiladero por el que atravesaron todas las generaciones anteriores con sus instituciones, porque intentaron convencernos que el presente y el futuro supuestamente están definidos, que como técnicos salubristas lo único que debemos hacer es encontrarnos con nosotros mismos, esto es con la tecnología importada que debe sustituir la filosofía que tanto mal y angustia nos causó; con esa tecnología que nos factibilizará ser eficientes, ser productivos, ser instrumentales, transformarnos en una pieza científica de esta inmensa maquinaria que requiere caminar en completa coherencia... donde nuestra obediencia es fundamental, ya que la obediencia debe, por supuesto, sustituir al pensamiento y accionar políticos.

Pero lo anterior no nos convence, atravesamos el mismo desfiladero, nuestro pueblo está cada día más enfermo, sí, nuestro pueblo ecuatoriano y nuestro ochenta por ciento poblacional del mundo subdesarrollado y cada vez crecientes porcentajes del pueblo de los países desarrollados, nuestras instituciones se deterioran; nuestra naturaleza cada día es menos nuestra; nuestra cultura es más extraña y no nos reconocemos en ella. No podemos seguir fortaleciendo nuestro extrañamiento, no es posible buscar únicamente la tecnología para ratificar nuestro desencuentro. Estamos en el mismo desfiladero por el que transitó el pensamiento revolucionario del siglo XIX, esto es, la supervivencia de lo humano mismo, la construcción del socialismo. No podemos aceptar la falacia de que la tecnología producida y empaquetada en los países centrales constituye nuestra salvación, es fun-

damental encontrar una nueva filosofía que guíe nuestra práctica política democrática en el campo de la salud, es necesario desobedecer científicamente las órdenes del imperio. Para ello no es que debemos crear todo, sino que, en buena medida, debemos desempolvar viejos pensamientos de salubristas nacionales y extranjeros; tenemos que rescatar la sabiduría popular y las experiencias vividas por los pueblos, con el fin de construir nuevos epistemes y elaborar renovadas explicaciones que posibiliten acumular fuerza para dirigir nuestro empeño.

En ese sentido, no es posible que la Escuela de Salud Pública pueda tener repercusión alguna, si no logramos, como colectivo de organizaciones populares, instituciones públicas de servicios, organizaciones no gubernamentales, instancias de formación de recursos humanos y demás gente preocupada por la salud de la población, generar un proyecto pluralista, liderado por sólidos principios y un indeclinable compromiso de transformación de las condiciones de salud de las mayorías.

Para hacer aquello, consideramos que es conveniente:

1. Reconocer el grave y constante deterioro de la salud de la población y los problemas expuestos anteriormente, porque de esta forma podremos confirmar la urgencia de unirnos para enfrentarlos.
2. Analizar críticamente los postulados teóricos, metodológicos y técnicos dominantes en el pensamiento y la práctica de la salud pública. Es importante anotar que en los países centrales, donde por lo general se origina el pensamiento hegemónico en este campo, se reconoce su falta de coherencia y profunda crisis, sin embargo, en los países dependientes como el nuestro, en muchos momentos se defiende lo indefendible y se intenta vitalizar los postulados que han demostrado sus limitaciones. Parece que tenemos miedo de descubrir lo nuevo y sobre todo redescubrir lo nuestro. Este momento de crisis, "en que

el objeto se aferra a su espacio actual y (al mismo tiempo se visualiza) su emergencia evolutiva hacia un espacio potencial”, debe ser rescatado por la salud pública ecuatoriana. Es fundamental que se construya ese espacio potencial y aquello, nos parece, debe ser hecho a través de la acción práctica actual que busca solucionar los grandes problemas de salud de nuestra población, profundamente sustentada en los principios de la teoría científico-social, cuyas bases se encuentran en los trabajos de Virchow, Neumane, Stern, Sigerist, Rosen, Juan César García, Lauren y muchos otros a nivel internacional; así como en los aportes de Espejo, quien nos da el aval para sustentar que nuestra utopía tiene un largo añejamiento, que es aun anterior a la conformación del pensamiento moderno europeo, y que los grandes revolucionarios del siglo XIX confirmaron y fortalecieron nuestro empeño, aportando un criterio científico. Que aquella teoría científica continuó fortaleciéndose en el país, en este siglo, con los planteamientos de Pablo Arturo Suárez, Santiana, Arcos y muy especialmente de Ricardo Paredes y más recientemente con la brillante y crítica producción de Jaime Breilh y el equipo del CEAS, con los aportes de Velasco, León, Estrella, el IDICSA y, en general, con esa producción comprometida y amplia de la medicina social ecuatoriana y latinoamericana.

Consideramos que, en base al aporte innovador del pasado y del presente, en el plano teórico-metodológico es fundamental:

a) **Superar el encuadre flexneriano-biológico de la salud pública tradicional, integrando los avances de la epidemiología social o crítica**, porque es esta rama del saber la que permite la ampliación del horizonte de visibilidad de nuestro objeto de estudio, integrando, al mismo tiempo, la historia en su real dimensión, la heterogénea realidad estructural como determinante fundamental y la dinámica social como eje de interpretación.

Los avances hechos por la epidemiología crítica latinoamericana son importantes, pero deben ser complementados en un esfuerzo conjunto tendiente a estudiar y analizar los determinantes más particulares. Además, se requiere que los hallazgos producidos en los centros de investigación y en las instancias académicas sean llevados con más fuerza a los trabajadores de la salud y a la población en general, para apuntalar la construcción de una nueva conciencia en salud y propulsar el movimiento de voluntades alrededor de una reforma sanitaria de carácter nacional, popular y democrática.

b) **Superar el método empírico-positivista para dar paso a un planteamiento dialéctico y participativo en la interpretación de la problemática de salud.** El conocimiento que pretende ser científico debe confirmar su cientificidad mediante la transformación del problema abordado. Al mismo tiempo que se aprehende la realidad, es necesario delinear los caminos posibles y potenciales para el cambio propuesto, mientras las acciones que se desarrollan para dicho cambio generan nuevos conocimientos. El cambio, entonces, no se propone llevarlo a cabo a través de una sola intervención de la tecnología importada, sino que se propone realizarlo con esa tecnología, pero reinterpretada y dirigida por la fuerza social que pone su vida para transformarla. Así, la tecnología existente es rescatada como una fuerza instrumental útil, pero es fácil comprender que se requiere de otra “tecnología” que ponga sentido a dicho cambio, esto es, de la “tecnología política” que se expresa como poder y lucha por el rescate de nuestra nacionalidad, como búsqueda de nuestra identidad, como planteamiento de nuevas utopías en las que se hagan presente nuestra ira ante la represión y nuestra obsesión por construir nuestro futuro a través del accionar práctico actual. Con un planteamiento dialéctico podremos superar la no-filosofía y la obediencia impuestas por el imperio, ayudaremos a superar la crisis

del saber en salud pública que no puede solucionar los crecientes problemas de la salud, estaremos en capacidad de priorizar en mejor forma los problemas y evaluar la eficacia humana de nuestras acciones. En resumen, podremos cumplir con la recomendación de Ricardo Paredes de politizar nuestra acción en la medida en que ubiquemos a la técnica en su puesto y demos sentido al quehacer.

c) **Posibilitar el avance de la administración tradicional en salud a través del abordaje de la planificación y administración estratégicas que presentan importantes aportes en América Latina.** Los nombres de Matus y Testa aparecen como productores de un pensamiento a ser repensado, criticado y superado, como debe hacerse con todo pensamiento antiguo o moderno. Pero para hacerlo, es importante mirar hacia atrás y analizar nuestro deambular práctico en la salud pública, aprender lo que nos dejó como enseñanza la beneficencia pública de la Revolución Liberal; estudiar los elementos progresistas de la asistencia pública propiciada por la Revolución Juliana; analizar con extremo cuidado el primer plan cuatrienal de salud realizado con la participación de Enrique Garcés, Elías Gallegos Anda y otros profesionales progresistas donde se establece, como dice Margarita Velasco, “el principio de la salud como un derecho universal y se traza una línea divisoria con la política social entendida hasta esos años como atención a los pobres”, aspecto que no constituye otra cosa que la expresión, como pensamiento en salud, de aquel inmenso movimiento popular que culminó como Revolución de Mayo o “Gloriosa”. Revisar, además, aquel esfuerzo realizado por los salubristas, quienes con su accionar posibilitaron la apertura del Ministerio de Salud Pública. Ellos son y fueron verdaderos obreros que han depositado su esfuerzo e inteligencia en productos colectivos que toman las formas de leyes, normas, coordinaciones, evaluaciones y servicios captados por la población. Son personas que

soñaron que a través del Ministerio de Salud Pública se podría dinamizar el cuidado de la salud de nuestro pueblo, la disminución de las tasas de enfermedad, la consecución de mayores niveles de salud; algunos, como Pepe Álvarez, han muerto ya acompañados por la frustración, otros continúan en la lucha por modernizar esta institución, por superar su ineficiencia, por democratizarla, por encontrar medios más adecuados para dar un vuelco a las actuales condiciones; algunos han conducido acciones gigantescas consignadas en voluminosos planes que, en muchas ocasiones, no han sido casi tomados en consideración por los políticos de turno y que como sucede en todos los procesos sociales habrá algún momento que escribir la historia de los hombres sin historia. Oswaldo Egas es uno de los hombres que dejó su salud en planes monumentales que ayudaron a normar las ideas, que permitieron idear críticas y aún fundamentar la posibilidad de hablar de la superación de su propia planificación normativa; Oswaldo es solo un figura representativa de cientos de personas, que desde diferentes puestos intentan atrapar los sueños de las anteriores y actuales generaciones de salubristas que planteamos un servicio de salud nacional con unidad de comando, sólidamente sustentado en principios nacionales, democráticos y populares; equitativo e integral, de amplia cobertura y con participación social. El equipo de salud del Frente Social hace, en este momento, un esfuerzo por avanzar en ese empeño que, sin lugar a dudas, deberá contar con el impulso crítico y autónomo de la fuerza popular para asegurar su adecuado cumplimiento.

Para construir un pensamiento estratégico en salud con sabor nacional, no es solo necesario mirar y comprender lo que los distintos trabajadores de la salud hacen e hicieron, sino entender que las expresiones progresistas en salud siempre se generaron bajo el empuje popular; cuando en las distintas coyunturas, el hambre, la miseria y la opresión produje-

ron eclosiones; o cuando las organizaciones populares y sus intelectuales pudieron reunir en un colectivo la fuerza de sus individualidades que dinamizaron las aletargadas mentes de los investigadores y burócratas en salud, despertando amaneceres distintos, llenos de sol, ciencia y esperanza. Es por eso que no aceptamos que nos hayan arrebatado a Prometeo, por el contrario, se encuentra entre nosotros como una CONAIE que busca entre las montañas de los Andes nuestro Ser constantemente avasallado y nuestra nacionalidad denegada, que con sus bocinas anuncian una nueva esperanza de romper este sentimiento doloroso de soledad, al proponer una nueva potencialidad de recrear nuestra solidaridad desgarrada. Prometeo se presenta como una Coordinadora Popular que reflexiona y promete nuevas luchas en salud, como organizaciones sindicales, femeninas, barriales, cristianas de izquierda, que traen fuego siempre renovado.

La Escuela de Salud Pública deberá comprender que la base del pensamiento y acción científicos en salud se encuentra en la solución de nuestros problemas, que el Prometeo de la ciencia es el pueblo.

d) *Superar la concepción bancaria y anquilosada de la educación tradicional con miras a generar una propuesta más ágil, moderna y comprometida con las necesidades nacionales.* En este sentido, es importante rescatar el esfuerzo cumplido por el curso de Posgrado de Investigación y Administración en Salud, CEIAS que como antecesor de esta Escuela organizó una experiencia de resistencia por el lapso de doce años, durante los cuales necciamente intentó traducir los sueños de la medicina social latinoamericana en acciones de docencia e investigación que debieron cumplirse entre las limitaciones de una Facultad de Ciencias Médicas pobre en recursos pero que, parece, solo ahora comprendió la importancia de la salud pública, porque antes dio prioridad a todo, a excep-

ción de lo social. Gracias al Dr. Dimitri Barreto, decano de la Facultad por su empeño. Gracias a los que vengan como futuros decanos; esperamos que los inmensos recursos depositados por el BID en esta Facultad, al menos, salpiquen a la Escuela de Salud Pública. De todas maneras en este deambular de doce años, hemos conocido y vivido con gente que dio tanto empeño para que prosiga el CEIAS, y posibilitó que se confundan en una sola expresión fraterna, objetivos, productos, recursos, logros y frustraciones; me refiero al Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), sin el cual no hubiésemos podido acumular la pequeña experiencia docente cumplida por nosotros, sin ellos y ellas no nos hubiese sido posible resistir, no hubiésemos podido crear y soñar en continuar y crecer. También encontramos otras organizaciones como el Ministerio de Salud Pública que siempre estuvo presente con su crítica, apoyo y constante preocupación, al igual que la Organización Panamericana de la Salud que siempre nos brindó el apoyo financiero y técnico indispensable. En los últimos años, la Fundación Eugenio Espejo y la Comuna Sanitaria Virchow cumplieron un papel importante y desinteresado. Treinta docentes han constituido el corazón del curso de posgrado, muchos de ellos nunca recibieron financiamiento, la mayor parte no pertenecen a esta Facultad; algunos se despidieron rápidamente, otros persistieron con una neccidad infinita... Nelson Reascos representa la persistencia de enseñar y criticar a pesar de todos los problemas, limitaciones y diferencias; muchos otros tuvieron similar comportamiento en estos doce años, estoy solo mencionando nombres como ejemplos.

La vida y acción del curso de Posgrado de Investigación y Administración en Salud es fundamental para el inicio de la escuela de Salud Pública. Demostramos que es posible resistir y buscar nuestra identidad en el quehacer nacional, es posible decir que a pesar de las limitaciones hemos intentado dar una

respuesta de altura ante las necesidades de salud de nuestro pueblo, ante los requerimientos del pensamiento crítico que siempre debe surgir desde la Universidad, ante los servicios, ante la educación y ante el requerimiento de apuntalar la construcción de las utopías en salud.

3. Es necesario reformular la práctica social en salud, requerimos buscar lo que nos une y superar lo que nos separa. Hacemos un planteamiento de unir esfuerzos, de buscar identidades, de plantear objetivos prácticos de trabajo. Creemos que es posible forjar un movimiento en salud. Consideramos que podríamos, como Universidad, como Escuela de Salud Pública, participar en su construcción, porque al mismo tiempo creemos que la Escuela es un espacio de debate en el cual podemos compartir todos los espíritus abiertos a las posibilidades del hoy que buscan potencialidades del mañana. No consideramos que podemos ser vanguardia, porque las vanguardias se forjan junto a la sociedad civil, en concreta y real comunión con los problemas populares, pero sí podemos participar en la construcción de un planteamiento nacional en salud que dé respuesta a los requerimientos que surjan en un crisol democrático en el que todos los que intentan apuntalar la definición de los problemas en salud colectiva y los derroteros de su construcción tengan un puesto. Personalmente, considero que la Escuela de Salud Pública debe irrespetar la falsa autonomía universitaria que fue interpretada como cómoda separación de los problemas nacionales y la formación de cacicazgos y sectarismos improductivos y malsanos, debemos continuar por ese sendero de activa interrelación con la población, con las instituciones de servicio, con los organismos no gubernamentales comprometidos, con las organizaciones internacionales que respeten

nuestra autarquía, luchando por construir la auténtica autonomía nacional. Esto es, forjando la organización capaz de reproducir nuestra propia vida, nuestra identidad, nuestra ciencia, nuestra cultura, nuestra salud pública. Planteamos no aceptar obediencias de derecha o izquierda porque la obediencia siempre es dañina, porque forja obedientes, no deliberantes, inhumanos en potencia. Proponemos forjar espacios de debate en los que intentemos encontrar teorías y métodos para hallar la verdad en la propia realidad, es decir, en comunicación con el pueblo.

Habíamos dicho que el inaugurar es iniciar, es comenzar y es definir, pero también es mirar hacia atrás y augurar el mañana en el intento de que la historia se transforme en política, los recuerdos en sueños, la herencia del ayer en fuerza del mañana. Los “augures” anunciaban el futuro en el vuelo de las aves, en esa acción se originó la palabra inaugurar. Creo que nuestro pueblo lanza a volar constantemente suficientes mensajes que auguran luchas futuras y, por lo tanto, espacios abiertos para todos los que quieren construir. Definimos entonces nuestra labor, hasta cuando estemos en este espacio pasajero de la vida, como lucha por la organización democrática de una salud pública comprometida con el logro de la nacionalidad, con la solución de los problemas de nuestro pueblo, con el avance de la ciencia y la cultura, con la defensa de lo público, con la docencia democrática, con el don de resucitar los muertos que hablan sobre la vida, con el arte y con el amor.

Artículo 4

Práctica en salud y socialismo* Elementos para la reflexión

Según Marx, el socialismo debía ser la antesala de:

“el comunismo, en cuanto abolición-superación positiva de la propiedad privada, en cuanto autoalienación humana, y por lo tanto, real apropiación del ser humano por y para el hombre; por lo tanto en cuanto regreso pleno consciente y devenido en el marco de toda la riqueza de la evolución anterior, del hombre para sí mismo como hombre social, o sea, como hombre humano.

Este comunismo... es la verdadera resolución del conflicto entre el hombre y la naturaleza y el hombre y el hombre, la verdadera resolución de la pugna entre la existencia y el ser o esencia, entre la objetivación y la autoactuación confirmadora, entre la libertad y la necesidad, entre el individuo y el género. Es el enigma resuelto de la historia, y se sabe a sí mismo como tal resolución”.¹

Constituye el socialismo, a su vez, el inicio de la superación del capitalismo, en cuanto forma suprema de la alienación, momento en el cual fuerzas productivas sociales se desarrollan “como fuerzas del capital independizadas frente al trabajo y, por lo tanto, en contraposición directa a su propio desarrollo, al desarrollo del trabajador”.² La alienación, de acuerdo a la concepción de Marx, no es más que la contraposición entre el ser humano y la existencia humana, y la

superación será la creación de las posibilidades de una evolución histórica en la que se termine la contraposición entre la riqueza, la multilateralidad de la sociedad y la impotencia, la pobreza, la unilateralidad de los individuos. Pobreza e impotencia individual que se han hecho presentes como tasas crecientes de enfermedades modernas, producto del gran desarrollo desordenado de la existencia humana, mezcladas con enfermedades antiguas que traducen esa pobreza típica del hombre que le imposibilita todavía desarrollar en buena medida las fuerzas de trabajo y conseguir los elementos necesarios para su supervivencia.

El socialismo constituiría, por otra parte, el paulatino logro de la libertad por parte del hombre. Libertad que aparece en la obra de Marx con dos sentidos íntimamente vinculados, uno abstracto-negativo y otro concreto-positivo. En sentido negativo aparece como capacidad del hombre de superarse, de rebasarse constantemente, de ser el eterno movimiento del devenir, de transformar su propia naturaleza mediante una actividad consciente,³ mientras que en sentido positivo, “... el derribo real de las barreras, que es al mismo tiempo un desarrollo muy positivo de la fuerza productiva, energía real y satisfacción de necesidades inacallables, ampliación de fuerzas de los individuos”.⁴ Libertad como principio negativo necesario para el desarrollo de una personalidad fuerte, creativa, que siempre se rebasa a sí misma, que busca nuevos horizontes, que lucha contra los demonios de la enfermedad

* Ponencia presentada en Quito, abril de 1992.

1. Marx, K. “Teorías sobre el plusvalor”. Capital, tomo III.
2. Marx, K. F, Op, cit.
3. Markus, G. *Marxismo y antropología*. Barcelona: 1993, pp. 100.
4. Marx, K. y Engels, F. *Ideología alemana*. Buenos Aires: 1975.

mental. Libertad, en sentido positivo, que posibilitaría el desarrollo tecnológico al servicio del hombre para liberarlo del trabajo malsano, para apuntalar el desenvolvimiento de sus potencialidades biológicas, para prevenir las enfermedades, para curar las que ocurren, así como actualmente sucede en Cuba.

El socialismo permitiría al hombre disponer de una prueba intuible, irresistible, de su nacimiento por obra de sí mismo, de su proceso genético, porque para él toda la llamada historia universal no es más que la producción del hombre por el trabajo humano, el devenir de la naturaleza para el hombre.⁵ Socialismo que permitiría al hombre encontrarse más allá de la lucha contra el capital en un mundo de su propia construcción, donde los objetos construidos serían parte del hombre al ser producto de su propia voluntad social y no de la imposición y alienación. En otras palabras, donde el futuro tendría la seguridad del presente, seguridad necesaria para construir un mundo saludable.

Como el hombre no puede llevar una vida humana, no puede ser hombre como tal más que en su relación con los otros hombres, el socialismo permitiría la estructuración de la relación necesaria para el desarrollo de la individualidad en íntima relación con la colectividad. Donde el hombre individual sería tal en la medida en que se relaciona en comunidad con sus similares, forjando una totalidad plena de diversidades particulares.

La conquista de la sociedad comunista, según Marx, debía siempre darse a través de un proceso revolucionario, en el que:

“el proletariado se valdrá de su dominación política para ir arrancando gradualmente a la burguesía todo el capital, para centralizar todos los instrumentos de producción en manos del Estado, es decir, del proletariado organizado como clase dominante, y para aumentar con la mayor rapidez posible la suma de las fuerzas productivas.

Esto, naturalmente, no podrá cumplirse al principio más que por una violación despótica del derecho de propiedad y de las relaciones burguesas de producción... para transformar radicalmente todo el modo de producción... suprimiendo al mismo tiempo las condiciones para la existencia del antagonismo de clase y de las clases en general... En sustitución... surgirá una asociación en el que el libre desenvolvimiento de cada uno será la condición del libre desenvolvimiento de todos”.⁶

Todo lo cual posibilitará la conformación de una etapa marcada por:

- a) la propiedad común, social, sobre los medios de producción;
- b) la remuneración de los productores conforme al trabajo aportado a la sociedad;
- c) la supervivencia del Estado a la vez que se inicia, desde el Estado mismo, el proceso de su propia extinción;
- d) la apertura de un espacio cada vez más amplio a la democracia al transformar radicalmente el principio de la representatividad, y e) la autogestión social a devolverse a la sociedad las funciones que usurpaba el Estado.⁷

Los primeros pasos de la implantación del socialismo en los países de Europa del Este y la Unión Soviética (por no hablar del resto de socialismos reales) se cumplieron, pero no fue posible caminar lo suficiente para llegar a “la verdadera resolución del conflicto entre el hombre y la naturaleza y el hombre y el hombre, la verdadera resolución de la pugna entre la existencia y el ser o esencia, entre la objetivación y la autoactuación confirmadora, entre la libertad y la necesidad, entre el individuo y el género”.⁸

En otras palabras, no se ha resuelto el enigma de la historia, sino que ese enigma se presenta con fuerza renovada ante el engendro de sociedades endemoniadas que terminan deglutiendo los sueños y acciones alimentados durante cien años en millones de cabezas de individuos que pensábamos vivir en un mundo humano social más justo y bello en el futuro próximo.

La presencia del enigma nos lleva a preguntarnos si lo que cayó fue verdaderamente el socialismo, si es que éste se degeneró en el camino o tal vez nunca tuvo suficiente condumio para dar la posibilidad de ser llamado socialismo.

Entonces, a pesar de que en muchas ocasiones se intenta ratificar apriorísticamente la necesidad psicológica del valor y eternidad del socialismo e indicar que éste seguirá adelante porque así tiene que ser, porque el socialismo es un suceso histórico que se halla ubicado en la cadena evolutiva de la sociedad, me permito cuestionar que no creo que la cosa sea así. “Que el futuro no está dado de antemano como resultado de alguna necesidad o teleología social; que el futuro no se produce sino como resultado de la práctica revolucionaria. Aún más: el futuro no es ni siquiera inteligible sino como objeto de la práctica revolucionaria”,⁹ como lo diría Gramsci:

“lo único que se puede prever ‘científicamente’ es la lucha, no en sus momentos concretos, que solo pueden ser resultado de fuerzas en contraste, constantemente en movimiento y no reducibles a cantidades fijas, porque en ellas la cantidad muta siempre en cualidad. Hay ‘previsión’ efectiva cuando se es activo, cuando se aplica la voluntad y, por lo tanto, se contribuye concretamente a producir el resultado ‘previsto’. Consiguientemente, la previsión no es un acto científico de conocimiento, sino expresión abstracta del esfuerzo por crear una voluntad colectiva”.¹⁰

La previsión científica únicamente podría darse con hombres que desarrollen una praxis totalmente racional, en la que se identifique integralmente la necesidad científica con la voluntad social, lo cual no puede existir en el capitalismo ni en el socialismo, razón por la que se debe luchar por la fundación de una sociedad en la que se socialice verdaderamente el poder, donde se tenga como fin abolir la explotación y la opresión, pero que no se construya todos los días la segunda a pretexto de abolir la primera, porque el fin nunca justifica el medio.

Es posible afirmar que el marxismo aporta, en el momento actual, conocimientos fundamentales para hallar los determinantes científicos ocurridos históricamente (vector pasado-presente), y apoya la previsión de la praxis humana en el vector presente-futuro. En esa medida, disponemos de los instrumentos científicos legados por Marx para conocer el funcionamiento del capital y sus determinaciones, tenemos las propuestas científicas de Lenin para analizar la situación revolucionaria, que fueron obtenidas en su práctica revolucionaria que culminó en la Revolución de Octubre, pero no conocemos a ciencia cierta

5. Marx, K. *Manuscritos económicos filosóficos*. México: Ed. Grijalbo; 1985.

6. Marx, K. y Engels, F. *Manifiesto del Partido Comunista*. Pekín, Ediciones en Lenguas Extranjeras; 1973.

7. Sánchez Vásquez, A. “Ideal socialista y socialismo real” en: *Los nuevos procesos sociales y la teoría política contemporánea*. Nuevo México: Siglo XXI; 1996.

8. Marx, K. *Teorías sobre el plusvalor*. Op. cit.

9. Markus, G. *Marxismo y antropología*. Op. cit., p. 90.

10. Gramsci, A. *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*. México: Juan Pablo Editor; 1975.

los determinantes del fracaso del así llamado socialismo real y su retorno al capitalismo, lo cual es fundamental conocerlo, porque podemos mañana intentar volver a vivir el pasado con sus fracasos.

A pesar de todos los conocimientos que disponemos y con los que produzcamos, realmente no tenemos ni podremos disponer de los instrumentos para prever científicamente la forma en que debemos actuar en la organización de las voluntades que llevan a la construcción de la sociedad socialista, sino que debemos mirar al futuro desde el presente y al presente desde el futuro,¹¹ para encontrar opciones de acumular democráticamente poder humano que permita direccionar nuestros esfuerzos para transformar la sociedad.

No existe en el mundo vanguardia o grupo humano que pueda ser el depositario de la verdad absoluta sobre el mañana, sino gente con mayor o menor conocimiento que puede hacer previsiones con amplios márgenes de error.

En efecto, el hombre como ser autopoiético está supeditado a las leyes que hereda históricamente y, por esto, le es posible conocer científicamente su ser actual, pero en su juego situacional puede producir hoy y mañana nuevas regularidades fenoménicas o nuevas acumulaciones de poder capaces de cambiar el sentido de las determinaciones esenciales. En esa medida, los sucesos socio-políticos del futuro son factibles de cálculo pero no posibles de predicción, porque el futuro, al igual que el presente y el pasado, es unidad en la diversidad y para que sea totalmente dominable deben haberse suspendido todas las diversidades, lo cual puede ocurrir en la medida en que exista una total identificación racional y democrática de las necesidades de todos los hombres o, por el contrario, el avasallamiento de dichas diversidades por la fuerza con la con-

siguiente resistencia poblacional, como ocurrió con las nacionalidades soviéticas o con el indio de los Andes.

Si hacemos un esfuerzo grande para aprehender la caída de los socialismos realmente existentes, será posible extraer grandes enseñanzas para aminorar nuestros errores. No considero que nos ayude en lo absoluto la calificación de que es un proceso equivocado porque se alejó de las verdades canónicas depositadas en los archivos marxistas, porque ninguna norma es lo tan amplia para poder interpretar la compleja y rica realidad en que se produce el problema. Por otro lado, no creo que podemos entregar la responsabilidad a una persona o dirigente sobre los problemas ocurridos, porque cualquier suceso social que ocurre en un momento dado es producto del legado histórico y de las circunstancias nacionales e internacionales que lo rodean.

A partir de lo anterior, es fundamental preguntarnos cuáles fueron los determinantes fundamentales y cómo obraron éstos para que en la construcción del 'socialismo' se produzca una paulatina y ascendente negación de la libertad, socialidad, universalidad, trabajo como objetivación y conciencia del pueblo perteneciente a los socialismos reales; en otras palabras, ¿cómo se organizó una formación social que terminó negando su propio fin? En este aspecto, es importante averiguar el papel que jugó el modelo dominante de construcción del socialismo, vigente en los últimos setenta años, que siempre privilegió la acumulación y centralización del poder partidario a nivel del Estado y el cercenamiento concomitante de las instituciones de la sociedad civil.

¿Hasta dónde es posible mantener las propuestas tradicionales de forja del socialismo basados únicamente en la acumulación del poder, que terminó conduciendo a la conformación de esta-

dos panópticos regentados por déspotas que negaron las propuestas marxistas de humanidad?

En este punto es fundamental volver a estudiar las críticas hechas por distintos luchadores revolucionarios alrededor de la implantación del socialismo en la ex Unión Soviética.

Es necesario releer a Kautsky y a Martov que criticaron ampliamente la supresión de la democracia formal; a Rodolfo Mandolfo, que en 1918 ya denunciaba que en la Unión Soviética se construía un capitalismo de Estado; o Panekeuk y Mattik que insistían en la consolidación de una contrarrevolución burocrática; a Djilas y Charles Betelheim que demostraron la existencia de clases sociales en los así llamados países socialistas; a Luckacs y a Agnes Heller que denunciaron el avasallamiento de la individualidad; a todos aquellos que informaron sobre existencia de vastos campos de concentración en los que se asesinaba a los opositores y se depuraba a los propios constructores del socialismo que no creían exactamente en lo que el tirano de turno establecía. Creo que debemos releer las denuncias que se transformaron en documentos prohibidos por la nomenclatura, porque en América Latina no tenemos otra opción que avanzar hacia un socialismo que intente abolir la explotación y la dominación imperantes y porque necesitamos crear autónomamente nuevos puntos de vista.

Debemos hacernos la pregunta sobre la viabilidad de acumular poder al mismo tiempo que se lleva a cabo un proceso de lucha por la emancipación cultural de las clases desposeídas para promover la democratización verdadera en la construcción socialista y evitar en esta forma "Las manifestaciones patológicas del centralismo burocrático (las mismas que) se deben a la falta de iniciativa y responsabilidad de la base, es decir, al atraso político de las fuerzas periféricas,

aun cuando éstas sean homogéneas con el grupo territorial dominante".¹² En otras palabras, creo que debemos preguntarnos: ¿es necesario la implementación de un proceso concomitante de construcción del poder a partir de la transformación humana amplia y profunda de la sociedad a través de la lucha; esto es, el avance de la iniciativa y responsabilidad de las masas como requisito indispensable para la construcción del poder o es necesario únicamente concentrarnos en la construcción del poder del partido, para el partido o por el partido...?

La utilización de todos los hombres, de todas las artes, de todos los conocimientos, de todas las formas organizativas para la consolidación y desarrollo del poder policial y el partido, mató las posibilidades del desarrollo de la segunda mitad del "Dios" que el socialismo ofrecía encontrar para el hombre, esto es la unión comunitaria, la praxis colectiva, creativa y humanizante.

Por esta razón tuvo el hombre que salir en nueva odisea a buscarlo por fuera de la sociedad que intentó construir, porque ésta se transformó en una nueva forma de acumulación tardía del capital y de reconstitución del capitalismo con una dominación más abyecta.

Es obvio pensar que no existe una respuesta única y siempre correcta sobre el 'qué hacer', porque las estrategias son infinitas en función de las especiales relaciones de fuerza, pero lo que sí requerimos es abrir la mente para encontrar en la realidad dichas potencialidades y no encerrarnos en el planteamiento de que existe la verdad cifrada en los escritos sagrados del marxismo-leninismo celosamente guardados por sus vicarios terrenales; ningún libro tiene la verdad absoluta, sino un planteamiento metodológico general que apuntala la interpretación de la realidad con sus particularidades a ser descubiertas.

11. Zemelman, H. *De la historia a la política*. México: Siglo XXI; 1989.

12. Gramsci, A. *Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado moderno*. México: Juan Pablo Editor; 1975.

En este sentido, considero que debe darse un especial énfasis al análisis de la dialéctica entre los movimientos y los partidos; la realidad latinoamericana ha superado con su ingenio y lucha los preceptos organizativos tradicionales para encontrar nuevas formas de hacer política, demostrando muchas veces que los planteamientos de los partidos de izquierda han sido caducos a pesar de que supuestamente se han mantenido en la ortodoxia. Entonces, la misma connotación del término ortodoxia debe ser revisada con miras a comprender que la única ortodoxia existente es la dialéctica de la realidad concreta que debe ser diariamente reproducida espiritual y racionalmente en la cabeza de todos los que estamos interesados en la transformación social, constituyéndose así en intelectuales de los procesos particulares en los que nos movemos y en militantes de la vida.

Solo así podremos encontrar en la diversidad de nuestro trabajo la posibilidad de que podamos empujar unitariamente el carro humanizado de la historia con una dirección prefijada, dirección que pasa a constituirse en partido, el mismo que prodiga la visión general necesaria. En otras palabras, considero que cualquier dirección, para ser adecuada, no puede surgir de las cabezas iluminadas de los dirigentes, sino de la propia dinámica social particular que tiene que ser comprendida con la mayor científicidad como parte de una totalidad y que debe recibir el mayor empeño para el logro de su transformación.

La dirección, entonces, no es dogma sino interpretación y voluntad en acción para el avance de todo, como comprensión explícitamente reproducida o teoría, y es, a su vez, autoconciencia de que la lucha revolucionaria constituye la única forma de proponer en el presente la superación futura de la escisión entre ser y la existencia, la ruptura de lo individual y lo colectivo, la abolición del doloroso mundo de la pseudoconcreción.

En esa medida, los movimientos sociales ganan especial vigencia en este momento en que los

partidos de izquierda se encuentran consternados por la caída de sus dogmas, por la explicación de sus retrocesos burocráticos, por la justificación de los errores cometidos. Los movimientos sociales se encuentran, en cambio, hablando sobre la vida cotidiana, sobre la visualización de días mejores a pesar de la crisis, sobre el avance de la lucha por reivindicaciones concretas, sobre la posibilidad de encontrar direcciones conjuntas, sobre la unión y lo colectivo: en resumidas cuentas, están construyendo el socialismo que debe ser reinterpretado por el partido para ganar multilateralidad con el fin de posibilitar una dirección amplia y humana. De lo que se trata, según entiendo, es de apuntalar en mejor forma el crecimiento de estas expresiones y encontrar en la dinámica social los ejes de la dirección, dinámica que conjunciona el ser con el deber-ser y con el poder-ser, trilogía fundamental para la búsqueda de estrategias.

Considero que en el momento actual es fundamental buscar la fuerza y la vida en la propia sociedad civil, descubriendo sus necesidades que se expresan diversamente, relacionándolas entre sí y buscando su posible unidad. Es en esa sociedad civil donde debe buscarse la dialéctica de la realidad que se da al margen del "Comintern" y de las decisiones partidarias sobre el deber-ser. Es en la sociedad donde deben descifrarse los requerimientos y la forma de fortalecimiento de sus organizaciones y la defensa y control social de instituciones públicas que, sin embargo, son importantes para el avance de la lucha. A la luz de estos planteamientos en el ámbito de la salud, desde diferentes campos parecen que se van conformando posibilidades del surgimiento de un movimiento de reforma sanitaria que pretende elevar el nivel de conciencia de la población y busca su movilización con miras a lograr niveles más altos de salud al mismo tiempo que pretende apuntalar, desde lo particular, el avance de la lucha y la transformación general de las condiciones de vida.

El movimiento de reforma sanitaria considera que es fundamental cambiar el marco interpre-

tativo de tipo biologicista sobre el proceso salud-enfermedad, incorporando los aportes teóricos, metodológicos y técnicos de la epidemiología crítica que ha tenido un gran avance en Ecuador, así como continuar en el camino de la construcción de aquellos conocimientos necesarios para el desarrollo de una práctica individual y colectiva comprometida, que requiere los aportes teóricos, metodológicos y técnicos de la administración crítica, para posibilitar el control social de los servicios de salud.

En este mismo campo, deberán forjarse todos los medios y recursos para la consecución de una nueva conciencia sanitaria en la población, en base a los aportes científicos brindados por las ciencias de la comunicación, las ciencias de la salud en general y la medicina social, así como del saber y cultura popular en salud. Será de gran importancia el compromiso que asuma la universidad para desarrollar y enriquecer esta propuesta. La conciencia sanitaria de la que hablamos se identifica como un compromiso para el cambio en salud que busca la universalización de los derechos sociales y la garantía del control social por parte de la población sobre los servicios. En este punto, es fundamental reconocer que requerimos abrir caminos a través de los cuales se puede construir tanto la democracia formal como la democracia directa.

Si se habla de construcción y desarrollo de la cultura de las bases sociales, se debe al mismo tiempo identificar sus necesidades y las opciones de avanzar hacia la lucha por la libertad y el logro de conciencia de la población. En esta forma será posible organizar la lucha desde las necesidades sociales que ocurren en el presente con miras a buscar las opciones políticas para su avance y transformación en requerimientos cada vez más humanos. En otras palabras, se estaría abogando por la construcción no filosófica del sujeto social, sino por su construcción real, a partir de las necesidades que surgen desde la propia población, que avanzan a través de la lucha, desde necesidades utilitaristas hasta necesidades humanas, desde necesidades que

solo focalizan el sustento del ego privado hasta necesidades que intentan construir el grupo, los grupos, lo social.

La reforma sanitaria propone la forja de un movimiento sanitario que permita la unidad de todos los sectores comprometidos con la lucha por el derecho a la salud. Su estrategia radicaría en la ampliación del horizonte de visibilidad, cualificación organizativa y trascendencia de acción de todos los sectores inmensos en este movimiento. Así, es fundamental la deselitización de los investigadores y docentes en salud, es necesaria la superación de la actitud corporativista de los profesionales, técnicos y, en general, de los trabajadores de la salud, y el fortalecimiento de las organizaciones populares en su lucha más integral por la salud. Este planteamiento debería propender a la búsqueda mancomunada del ejercicio del derecho a la salud como expresión particular de la lucha por la abolición de las desigualdades económicas y sociales.

La reforma sanitaria propone, por otro lado, que el movimiento sanitario ejecute las medidas más adecuadas para lograr una racionalización de las acciones que actualmente desarrollan los servicios de salud, así como su redireccionamiento, ampliación y dinamización de acuerdo a los requerimientos populares en salud. Los aspectos de planificación y gestión de acción deben ser encaminadas a cumplir los objetivos de una amplia participación administrativa por parte de la población.

Para la efectivización de la reforma debe tomarse en consideración la lucha por la asignación de recursos presupuestarios indispensables, así como la reformulación de las actuales disposiciones legales que impidan su desarrollo.

En general, el movimiento sanitario, a través de su reforma, propendería, en primer lugar, a fundamentar y activar la defensa de los componentes de la calidad de vida o reproducción social de la población ecuatoriana en los diferentes ámbitos: trabajo, transporte, educación, alimenta-

ción, vivienda, recreación, comunicación, medio ambiente, etc. Además, impulsaría la reforma en el sistema de salud con miras a lograr que el movimiento sanitario viabilice una unidad de dirección sobre las distintas instituciones y acciones en salud, y, por otro lado, se luche por la universalización, la equidad, la integridad, la descentralización y el control social sobre los servicios de salud.

El movimiento de reforma sanitaria permitiría transformar a la población y a los servicios de la salud en intelectuales de un cambio que buscan en la dialéctica de su realidad y en su praxis la verdad, es decir, su transformación. En esta medida, la verdad aparecería como un proceso que permite, por un lado, cambiar o transformar la objetividad de las condiciones de salud de la sociedad mientras viabiliza, al mismo tiempo, a sus gestores a trascenderse, rebasarse como seres que cada día son diferentes porque cambian las propias relaciones humanas.

El planteamiento de forja de un movimiento sanitario en salud constituye una de las formas posibles de apuntalar la consolidación de una nueva conciencia en salud. Es una de las múltiples salidas para activar la búsqueda de nuevas formas de lucha. Es una de las maneras como se intenta construir una práctica en salud que trata de “cuidar del cuerpo del hombre para que pueda trabajar, amar y batallar”.¹³ Es el intento de encontrar en la creatividad humana posibilidades de construir democráticamente poder, donde

la democracia “no es un problema ético, ni estético; al contrario, es el único modo posible en el cual las relaciones de explotación y de dominación pueden ser comenzadas a reducirse o a extinguirse en el trayecto, pero no de la manera artificial”.¹⁴ Es la manera en que lo particular no sea deglutido por las ansias de poder externo, sino que se construya poder porque se avanza en la democratización.

Si hacemos un esfuerzo por comprender el planteamiento de Marx, en la forma genial como él lo propuso, veremos que el socialismo se produce diariamente como potencialidad, se engendra como actividad pseudoconcreta y gana ribetes reales y racionales en todos los espacios de la vida.

El socialismo tiene plena vigencia aunque se encuentre en crisis una interpretación de su construcción, por lo que requiere un pensamiento y una práctica renovadas. Necesitamos descolonizar nuestro pensamiento para encontrar ahora en nuestro mundo indígena y mestizo las potencialidades de construcción de una sociedad más humana a través de la abolición de la explotación y de la dominación. “No queremos, ciertamente, que el socialismo sea en América calco y copia. Debe ser creación heroica. Tenemos que dar vida, con nuestra propia realidad, en nuestro propio lenguaje, al socialismo indoamericano”.¹⁵

13. Testa, M. *Desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública*. Mimeografiado. Buenos Aires: 1991.

14. Quijano, A. “Sobre el socialismo”. En: *Después de la caída*. Quito: Flacso; 19.

15. Mariátegui, J. “Aniversario y balance”. En *Amauta*: 17(2), Lima; septiembre, 1927.

Artículo 5

Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI*

Introducción

Hablar sobre las perspectivas de la salud pública para el siglo XXI no constituye un encargo fácil por varias razones:

- Atravesamos un momento de profundos cambios en todos los órdenes de la vida social. Estos cambios son complejos y rápidos y en ocasiones contradicen cualquier tipo de predicciones.
- La salud pública se encuentra en algunos países profundamente debilitada, confusa en otros, buscando nuevos derroteros en algunos o arraigada a sus viejas tradiciones en ciertos lugares. La incapacidad de modificar las deterioradas condiciones de salud de las poblaciones, la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes, el deterioro de los servicios de salud, la imposibilidad de desarrollar masivamente la promoción y prevención han mermado su credibilidad y legitimación.
- Muchos de los saberes, ciencias y prácticas que constituyeron el seguro asidero de la salud pública también se encuentran en proceso de reformulación y cambio, buscando ellas mismas una posibilidad de delimitar nuevos paradigmas.
- Los soportes políticos que anteriormente posibilitaron el desarrollo de la salud pública se encuentran en un proceso de amplia re-

formulación. El Estado benefactor ha sido grandemente cuestionado y con esta institución también se ha criticado su proyección social en general y en salud en particular.

- La dinámica social ha cambiado enormemente al haberse entregado al mercado un rol protagónico. Los planteamientos organizativos de las comunidades y colectivos se han modificado produciéndose un mayor debilitamiento de los grupos que supuestamente requieren mayor fuerza organizativa para alcanzar la salud, mientras que otros se han fortalecido a expensas del propio sector salud transformado en negocio.

La salud pública, espacio de entrecruzamiento de múltiples saberes, ciencias y prácticas, íntimamente atada al quehacer del Estado desde su propia constitución en cuanto acción institucionalizada: brazo de normatización del Estado absolutista, agente social del Estado benefactor, apoyo de saneamiento del Estado colonizador en tierras lejanas, elemento ideologizador en todos ellos, siempre tuvo que cambiar ante las nuevas necesidades y requerimientos estatales.

El momento actual reclama nuevamente el cambio de la salud pública, pero parece que este cambio es de tal magnitud que todavía no es posible delimitar con claridad su posible forma futura. Es por esto que desde inicios de la presente década se habla de la existencia de una profunda crisis,¹ entendida ésta como la “incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y prote-

* Conferencia sustentada ante el personal del Ministerio de Salud Pública de Honduras, junio 28 de 1996.

1. OPS. *La crisis de la salud pública*. Washington D. C.: Publicación Científica N° 540-OPS; 1992.

ger la salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”.

Si bien la crisis de la salud pública es “visible” por su incapacidad de promover y proteger la salud de las poblaciones, también existen aspectos “invisibles” que explican su difícil deambular y que deben ser brevemente analizados con miras a dibujar sus posibles tendencias futuras. Esto es importante, porque la crisis es “un momento de verdad en el que el objeto se aferra al espacio actual (pero al mismo tiempo se vislumbra) la emergencia evolutiva hacia un espacio potencial”.² En otras palabras, los momentos de crisis indican insuficiencias en el pensar y hacer actuales pero también anuncian potencialidades de cambio y avance o de retroceso y mayor deterioro; de lo que se trata es que podamos “sacar partido” de este momento de indefinición.

Lo visible

Si nos ubicamos en América Latina y el Caribe, los elementos visibles de la supuesta crisis de la salud pública se hacen presentes en la incapacidad de dar cuenta de las inequidades en la salud de la población y en su acceso a los servicios de salud. “Además de las inequidades entre países, se verifican inequidades de salud al interior de cada uno de ellos, afectando principalmente a los grupos sociales más pobres, las mujeres y niños, los grupos indígenas y los trabajadores informales que viven en las periferias urbanas y en el área rural”.³

Estas inequidades se expresan, entre otros aspectos, en la mortalidad infantil con disparidades entre 7,5 y 109,8 por 1000 nacidos vivos, la mortalidad materna entre 3 y 270 defunciones por 100.000 nacidos vivos, tasas de mortalidad

reducible superiores al 50%, bajo peso al nacer entre 5 y 18% de los recién nacidos, desnutrición entre 3 y 37% de la población infantil.

Reemergencia de enfermedades transmisibles y carenciales, así como incremento de enfermedades crónico-degenerativas.

En el ámbito de la práctica en salud, la crisis se manifiesta por una marcada ineficiencia en la provisión de servicios de salud y mayor deterioro de los mismos; grandes problemas de cobertura; gasto en salud per cápita que varía entre \$566 y 9; disminución del gasto público en salud en la mayor parte de países.

Los datos anteriores ratifican las inmensas disparidades existentes; altos niveles de enfermedad y deficientes servicios para los grupos pobres y marginados, que se contraponen con bajos niveles de enfermedad y adecuados servicios para los grupos pudientes y reconocidos de la sociedad. La crisis vuelve, entonces, a hablar sobre lo ya conocido desde hace mucho tiempo, pero ahora parece indicarnos que el deterioro de la salud de los grupos menos protegidos se profundiza y, sobre todo, nos llama la atención sobre la imposibilidad de encontrar salidas a través de los mismos procedimientos.

Anteriormente, el incremento de las tasas de enfermedad y las deficiencias de servicios, por lo general, se transformaban en correcciones en la eficiencia y eficacia del Estado benefactor en salud, pero en este momento aquellas recomendaciones no pueden tener asidero ante un Estado que se enflaquece paulatinamente y que reconoce su ineficiencia e ineficacia anterior. La crisis nos lleva a reconocer que no es posible “aferrarnos al espacio actual sino que debemos visualizar la emergencia evolutiva hacia un es-

pacio potencial”. En el campo de la salud pública, concomitantemente, se prefigura la necesidad de apuntalar la creación de un nuevo Estado que dé cuenta de la salud de la población.

Las funciones del Estado siempre cambian ante las presiones de los poderes que buscan un nuevo contrato social. En el momento actual, las fuerzas del capital aconsejan fortalecer el mercado como elemento ordenador fundamental. Serían las supuestas “leyes” del mercado las que deberían delinear el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción. En ellas se encontraría todo el saber, la capacidad de autorregulación y la posibilidad de ordenación de las relaciones entre los hombres. El mercado nos entregaría la verdad, la moralidad, la politicidad, la socialidad, el acicate para la producción, la clave para la redistribución e intercambio de la riqueza generada y aseguraría el adecuado consumo de toda la población. En otras palabras, el neoliberalismo sería nuestra salvación.

Sin lugar a dudas, el poder dominante hace visible o transparenta ciertas cosas pero oculta otras. Lo más visible que tenemos en estos momentos son los cantos de sirena del neoliberalismo y el redescubrimiento de las supuestas bondades del mercado. El problema radica en que, al mismo tiempo que se han hecho visibles las bondades del mercado, también se han desembozado sus maldades. Es verdad que el neoliberalismo ha podido acumular y concentrar el capital en una forma por demás rápida y eficiente, pero es también verdad que ha producido una atroz exclusión de masas poblacionales con el consecuente incremento de los niveles de pobreza.

Es cierto que el neoliberalismo nos ha permitido hacer una crítica a la politicidad anterior, nos ha recomendado descentralizar los poderes político y económico, reconocer el valor de lo local como sumatorio de individuos productores y compradores de mercancías pero, por otro lado, ha dejado de lado la verdadera politicidad de nuestras poblaciones, su identidad histórica situada más

allá de sus posibilidades de compra y venta. En esa medida, el neoliberalismo ha sido muy moral con el dólar, pero profundamente inmoral con el hombre; ha impulsado aquellas cuestiones visibles para dinamizar la economía concentradora, pero ha irrespetado aquellas cuestiones invisibles y profundamente necesarias para conformar la socialidad y el mundo de la vida de nuestras instituciones y poblaciones.

El problema es que en estos momentos vivimos saturados por una sola “verdad-moralidad-etiqueta-estética”; aquella que nos posibilita mirar el neoliberalismo. De lo que se trata es de hacer una lectura diferente de la realidad, que nos posibilitaría visualizar otras fuerzas que podrían diseñar otros escenarios para la salud pública, muy distintos al dominante. En otras palabras, es recomendable considerar a la salud pública como un acontecimiento, es decir como un hecho que ocurre hoy, que fue diferente en el pasado, pero que podría ser distinto en el futuro, porque este acontecimiento es un evento con sentido. En esa medida, el evento salud pública es una resultante momentánea de un intrincado cruce de fuerzas que halan desde diversos campos e intentan encontrar distintas direcciones o sentidos.

Si lo anterior tiene alguna coherencia, podríamos decir que la figura visible de la actual salud pública es una resultante de un arreglo de fuerzas, donde algunos poderes tienen preeminencia mientras que otros han sido subsumidos. Las fuerzas ahora dominantes podrán avanzar aún más o, por el contrario, podrán debilitarse para dar paso a aquellas que actualmente se encuentran subsumidas y que podrían a su vez fortalecerse. El análisis de las posibilidades de constitución y desarrollo de los diversos poderes constituye el eje fundamental para prever el futuro de la salud pública, trabajo por demás complejo y que escapa a las posibilidades de esta conversación. Es por esto que tan solo intentaríamos delinear algunos de los componentes más importantes para aventurar algunas previsiones.

2. Bejin, A. y Martin, E. *El concepto de crisis*. Buenos Aires: Communications, N° 25; 1979.

3. BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud*. Washington D. C.; 1996.

Las diferentes fuerzas

• La fuerza del conocimiento

La salud pública asienta su posibilidad de conocimiento de la enfermedad colectiva en la epidemiología. Son grandes los avances de esta rama científica en las últimas décadas, y América Latina ha tenido una importante participación en el empeño a través del desarrollo de la epidemiología crítica.

La epidemiología crítica latinoamericana ha levantado una inteligente crítica sobre las bases fundamentales de la epidemiología empiricista y ha planteado una ampliación del horizonte de visión de la causalidad de la enfermedad. Al criticar el planteamiento etiológico-naturalista de la segunda, vuelca su esfuerzo en comprender los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad colectiva. Logra, en esta forma, importar el conocimiento y método de las ciencias sociales y económicas, encontrando importantes regularidades en la producción y distribución de la enfermedad.

La epidemiología crítica interpreta el tiempo en tanto historia, el lugar como espacio socialmente determinado y la persona adquiere un estatus económico-social en tanto clase social. Logra en esta forma interpretar más abarcativamente la determinación de la enfermedad colectiva y posibilita visualizar la necesidad de cambios integrales para la consecución de la salud.

Si bien la epidemiología crítica ecuatoriana (con la que he estado relacionado en los últimos quince años) logra ampliar el horizonte de visión, en cambio, no cambia la forma de mirar la realidad. Para ella, el pasado es igual al futuro; en esa medida, el pleno conocimiento del pasado supuestamente asegura la total predicción del futuro: causa plena y efecto completo, diría Leibniz. El mundo está plenamente determinado por las supuestas leyes de la historia que determinan el comportamiento del fenómeno. En esa medida, no existe ninguna posibilidad del juego de in-

determinantes que pueden cambiar la direccionalidad del futuro y establecer múltiples potencialidades del desarrollo de la sociedad y de su salud-enfermedad.

La epidemiología crítica no puede interpretar la riqueza del presente y su capacidad de cambiar los derroteros establecidos por el pasado, no es capaz de mirar el mundo del sentido, no puede ver la salud-enfermedad como un acontecimiento que se da y que puede ser diferente. Aconseja cambiar la estructura en cuanto objetividad, pero no puede visualizar la estructuración de lo potencial. El mundo de la epidemiología crítica está dado para siempre y lo único que se debería hacer es revolucionar las bases estructurales dadas para el alcance de una mejor salud; en esa medida, no toma en cuenta lo diverso, lo local, la historicidad, el mundo del sentido y las posibilidades de reformar el presente como alternativa para la organización de poderes capaces de redimir el pasado y construir otros escenarios futuros.

La epidemiología crítica nos invita, entonces, a mirar con mayor amplitud la determinación, pero nos siembra en la eternidad, nos obliga a ver un mundo dado para siempre, que camina por rieles donde el fin pensado como una versión de una verdad universal debe cumplirse ciegamente para alcanzar la salud.

De lo que se trata es de tomar aquella apertura en la determinación que nos ofrece la epidemiología crítica, rescatar los avances de la epidemiología empiricista y crear nuevas propuestas metodológicas que posibiliten superar sus limitaciones.

• La fuerza de la acción

La salud pública no solo necesita explicar la enfermedad-salud colectiva sino que también tiene que intervenir sobre ella y sobre sus causas. La acción pública en salud desde el momento de su institucionalización adopta las formas de in-

tervención propias del Estado y de esta manera participa en su afán normatizador cuando aquel proyecta su espíritu absolutista, luego participa en la colonización de nuevos territorios coloniales y más tarde cumple con las limitadas funciones sociales del Estado benefactor.

La salud pública visualiza siempre la enfermedad como un peligro para la normalización, o para la colonización o para el ejercicio de los derechos sociales limitados. La enfermedad tiene preeminencia sobre la salud porque la primera puede transformarse en un desviante que podría impedir el normal funcionamiento de la estructura económica o impactar sobre la legitimación del Estado. En otras palabras, la enfermedad es vista desde el centro y para el centro. Los procesos mórbidos ganan importancia en la medida en que éstos también puedan causar morbilidad al Estado en cuanto aparato constituido.

La salud pública se transforma de esta forma en un medio necesario para cumplir un fin. El fin es diseñado por fuerzas que dominan el Estado: acumulación de riqueza y control del desorden en el capitalismo; acumulación de poder político y económico y control de la producción en el socialismo real. En esta forma, la salud pública pierde su ser y se transforma en un ente funcional, en un tornillo de la máquina estatal. La salud pública es incapaz de ver y entender el mundo de la vida, lo diferente, lo local, solo puede entender lo que es funcional al poder.

Así definida la salud pública, ésta puede ser administrada en una vertiente única: la fuerza de la técnica puede ser movilizadora a través de las cosas y manejada por salubristas que depositan acciones normalizadas sobre una población que supuestamente ganará su salud en cuanto merma la enfermedad. En otras palabras, la salud pública interpreta que la fuerza del aparato de Estado es el único poder capaz de modificar la enfermedad y no hace un esfuerzo por compren-

der cómo se genera y reproduce la salud en el propio mundo de la vida y tampoco se preocupa por la construcción de un Estado más democrático.

¿Qué es lo que ocurre cuando el aparato de Estado propone minimizar las acciones de salud? Sin lugar a dudas, se produce una crisis en los objetos-poblacionales que recibían dicha acción y obviamente aparecen mayores tasas de mortalidad, morbilidad, etc., pero la mayor crisis ocurre entre los sanitaristas que quedan sin la estructura y la fuerza necesaria para seguir aplicando sus recetas. El enflaquecimiento del aparato de Estado en salud produce, entonces, una crisis objetiva y una crisis subjetiva.

La crisis objetiva es aquella que a breves rasgos hemos planteado en párrafos anteriores. La crisis subjetiva es aquella que vivimos hoy todos los que nos preocupamos por la salud del público y también nos dolemos por nosotros, los accionadores acomodados en el aparato estatal que no encontramos una nueva alternativa.

Hacia un nuevo contrato social

La filosofía de la conciencia que nos llevó a pensar que la mente iluminada de los científicos posibilitaría poner el fin y el medio para organizar la sociedad que viaja hacia un fin determinado por alguna filosofía de la historia, fuertemente anclada en el paradigma productivista, se ha venido abajo. Ahora ya no podemos pensar que el pasado es igual al futuro y que es suficiente comprender las causas para asegurar los efectos. Cada día, desde la física, la biología, las ciencias sociales aparecen otras versiones que nos invitan a mirar la realidad en forma distinta. Cada momento la propia ciencia nos advierte que es fundamental que el hombre ponga los fines y que la ciencia tan solo ponga los medios.⁴

4. Prigogine, I. y Stengers, I. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda.; 1992.

Desde las ciencias sociales se elaboran nuevas propuestas. Se reconoce que el hombre se constituye como ser epistémico, social e individual en el mundo de la vida; cada vez se acepta con mayor credibilidad que el hombre crea su cultura o verdad, su moralidad y politicidad, su personalidad y estética a través de la acción comunicativa dirigida al entendimiento.⁵ En esa medida, se reconoce que la voluntad necesaria para el accionar social en general y en la salud en particular se constituye con mayor fuerza a nivel de la vida familiar, grupal, de la etnia, de la cotidianidad, etc.

Desde las ciencias políticas aparece una fuerte crítica a la propuesta de forjar un mundo dominado por una supuesta verdad que se desplaza desde el ser-en-sí al ser-para-sí y que impide comprender al hombre en su ser-así, en su riqueza y pobreza, en su diversidad. Desde todos los ámbitos se reprocha el sacrificio del hombre común en aras de una supuesta utopía homogenizadora. Se plantea que la forja del mundo futuro debe ser hecha desde el mundo presente y a través de la interrelación de voluntades que intentan construir un mundo mejor que siempre será diverso, amplio y complejo.

En esa medida, se interpreta que es fundamental que se luche por crear la unidad en la diversidad. Es decir, se construya esa unidad o centralidad estatal, pero que aquella no colonice la diversidad, porque en ella se halla la salud y la vida. Para que aquello se cumpla no es posible que tan solo entreguemos todo el peso al conocimiento, a la razón basada en la fría lógica cartesiana, sino que descubramos otras formas de razón más humanas que permiten el transparente de lo humano y las potencialidades de reproducirlo. Al respecto, los planteamientos de Giddens, Habermas, de la hermenéutica, del interaccionismo simbólico, de la etnometodología, brindan importantes asideros para esta forma distinta de pensar.

También encontramos una seria reflexión y rechazo al nuevo dogma que conquistó nuestro pensamiento en estas últimas décadas. Me refiero al pensamiento neoliberal que partiendo de su crítica al Estado propuso la organización de un mundo diverso, dinámico, abierto, pero profundamente supeditado a las supuestas “leyes” del mercado. El hombre, para el neoliberalismo, debe tener toda la creatividad para poder comprar y vender y en esa medida supeditarse al mercado. El neoliberalismo propone crear una diversidad homogenizada por el mercado. Es decir, ya no habría posibilidad de un contrato social a través del cual los distintos actores lleguen a un acuerdo, sino que la valorización del valor, la circulación del capital, la dinámica del mercado, aconsejarían nuestra forma de entendernos. En esa medida, el neoliberalismo abstrae la preexistencia de una centralidad que posibilita obtener mayores beneficios para aquellos que tienen mayor poder en el intercambio. Para el neoliberalismo, el mercado es el fin y el medio.

El final de esta década parece que nos trae alguna claridad: no es posible defender un estatismo a rajatabla, el mismo que históricamente nos llevó a forjar sociedades panópticas representadas por los socialismos reales ni tampoco es posible forjar sociedades únicamente comandadas por el dinero y el poder. La dictadura del poder burocrático o la dictadura del dinero y el mercado producen grandes beneficios para minorías y se oponen a los requerimientos de la salud pública.

Surge, por lo tanto, la necesidad de fundar un nuevo contrato social que reconozca tanto la contractualidad central o estatal, como la contractualidad interindividual o intergrupala. En esa medida, es indispensable reconocer el mercado como una realidad históricamente existente, los trabajos de Habermas ofrecen elementos importantes para esta aproximación. Esto es, creada por el hombre para asegurar el intercam-

bio de los productos físicos e intelectuales, como espacio de intercambio de equivalentes (valores de cambio), que a su vez representan valores de uso posibles de ser adquiridos por posibles demandantes, pero el espacio del mercado no puede quedar al margen de los requerimientos sociales y políticos que forjan los hombres. En otras palabras, no es posible aceptar que tan solo existe el mercado como único representante relacional de la sociedad civil, sino que también existen otras relaciones interindividuales e intergrupales que no se comportan bajo una lógica fin-medio y que más bien responden a la constante necesidad de reproducir lo humano en cuanto acción realizativa de socialidad, moralidad y personalidad.

El mercado reproduce al sistema; esto es, ratifica el valor y la importancia del mundo del dinero y del poder, pero también el mercado tiene que apuntalar la reproducción humana o mundo de la vida. El mercado necesariamente debe mirar hacia el sistema y hacia el mundo de la vida, razón por la que no puede, en ningún momento, transformarse en una fuerza natural con leyes propias que regulan toda la vida social conforme nos sugiere el neoliberalismo. Al contrario, el mercado debe ser constantemente regulado por la voluntad colectiva que se conforma como Estado.

Tampoco podemos interpretar que la solución se halla en la conformación de un inmenso aparato de Estado que engulle toda diferencia e intenta dirigir y homogenizar la vida social. Aquel experimento dio resultados nefastos y nos entregó luces para comprender que mucha vida ocurre al margen de las conciencias iluminadas de supuestos prometeos que intentan establecer verdades totalizantes y eternas. Las verdades están constantemente dándose en la inagotable riqueza, creatividad y libertad de los sujetos individuales y colectivos que constantemente plantean nuevos derroteros.

Ni estados totalitarios que forjan sociedades panópticas, ni mercados totalitarios que desconocen las necesidades humanas. De lo que se trata es de fundar un nuevo contrato social que reconozca nuestra infinita posibilidad de llegar a consensos y negociaciones que respeten lo diverso y lo local, pero que al mismo tiempo construyan una centralidad o totalidad estatal democrática.

La elaboración de un nuevo contrato social que desarrolle una contractualidad central y, al mismo tiempo, promueva contractualidades interindividuales diversas es tarea compleja y antinómica. Aquí radica la riqueza del animal-hombre que quiere vivir en constante tensión entre estos dos extremos, aspecto que ya fue lanzado al tapete de la discusión por la modernidad. El constante análisis de esta antinomia y la búsqueda de soluciones temporales es la característica más saliente de la libertad que busca justicia y equidad.

El nuevo contrato social de la salud pública

Ante el debilitamiento de la salud pública, parece que no es posible plantear un nuevo contrato social en su interior (más bien es posible hablar de un nuevo contrato de la salud pública). Con esto, queremos indicar que es fundamental definir y encontrar los nuevos actores que pueden participar en el intento de autoconstituirse en sujetos de la misma.

La constitución de la salud pública en tanto labor de protección del Estado benefactor y al margen de actores vivientes parece que está agotada. Por otro lado, la constitución de la salud pública en tanto labor dirigida por y para el mercado también se agota porque esta última estrategia ha demostrado que únicamente ha logrado mejorar la salud del dólar. La primera versión avan-

5. Los trabajos de Habermas ofrecen elementos importantes para esta aproximación.

zó hacia la construcción de una salud del y para el aparato estatal, mientras que la segunda ha buscado la salud del y para el mercado. La población, en ambos casos, ha permanecido muda, su lenguaje ha sido acallado por el discurso de la ciencia, del poder o del dinero.

¿Es posible que puedan aparecer los “objetos-población” nuevamente comunicándose y, a través de la comunicación y la acción, logren constituirse en actores y sujetos de su propia salud? A nuestro parecer, éste es el reto del final de este oscuro siglo que produce destellos de novedad para la salud pública.

En primer lugar, la salud pública por fin empezaría a hablar de la salud y vida y relegaría a un segundo plano la problemática de la enfermedad y la muerte. En nuestro accionar cotidiano nos consume la vida y consumimos vida mientras que la enfermedad aparece como un accidente. Buscamos diariamente alimentarnos, cubrir nuestro cuerpo, recrear nuestra mente y espíritu, amar, defender lo que es nuestro, proyectarnos más allá de nuestros límites corporales a través de la procreación de nuevos vástagos que ratifican nuestra inmortalidad. Buscamos expandir nuestros sentidos a través de la tecnología y constantemente queremos aprender. Nos unimos con los otros para vencer nuestras propias debilidades, para dialogar con la naturaleza y extraer su riqueza, y para conjuntamente forjar versiones de unidad que nos permita proyectarnos en el mañana. Así forjamos todos los días e infinitamente realidades públicas y nociones de Estado. También sufrimos, tenemos miedo y enfermamos, pero en ningún momento las ideas de muerte y enfermedad dominan nuestras vidas, sino cuando ya no podemos normalizar nuestro propio ser.⁶

El negocio de la enfermedad y muerte no absorbe plenamente nuestro diario deambular. Solo ha inquietado, y con mucha fuerza, al aparato estatal, al mercado y a la ciencia. Para el primero, la enfermedad ha significado siempre un posible dogal mientras que para el segundo siempre ha constituido un potencial ámbito de ganancia. La ciencia, en cambio, ha querido explicar la enfermedad y la muerte sin llegar a comprender la salud y la vida.

Múltiples actores y sujetos que hablan variados lenguajes llenos de vida y de sueños. Ésa es la realidad tan simple y tan compleja que la salud pública no pudo interpretar ante la lujuria del poder, del dinero y del saber. Es el momento de que aprendamos a interpretar ese lenguaje, para desde allí apoyar a través de la ciencia, la técnica y la fuerza del Estado-mercado una acción más acorde con esas necesidades.

Es obvio que no podemos pensar que este reto que se configura en el campo de la salud puede hacerse sin la participación de la población, las demás disciplinas, sectores e instituciones, pero al mismo tiempo es necesario reconocer que desde nuestra particularidad es fundamental comprender cómo podemos transformarnos en intérpretes comprometidos con la salud del público.

Mirando casa adentro

Nuevamente la epidemiología

Habíamos dicho que la epidemiología crítica posibilitó una ampliación del reducido horizonte de visibilidad de la epidemiología empirista, por lo cual tuvo que pedir ayuda a las ciencias socia-

les, ciencias económicas y epistemología. Pero al mismo tiempo que amplió el campo de visión y se unió con nuevas disciplinas, también se separó aún más del mundo de la vida. La epidemiología crítica pudo explicar más pero también llegó a comprender menos. Ubicada en un presente inexistente, constantemente aconsejaba revolucionar la estructura como única posibilidad de llegar a un nirvana homogenizante manejado por una burocracia sapiente. La población llana y simple que vive en el último momento de la prehistoria sería salvada de la irracionalidad mediante la luz de la razón burocrática.

No es posible llegar a un nuevo contrato social de la salud pública con esta forma de mirar la realidad. Para nuestro modo de ver, es fundamental partir desde las prácticas, verdades, eticidades e intereses de esa población llana y simple con miras a interpretar dichos saberes preteóricos para ampliar, a través de la ciencia, las posibilidades de llegar a un enriquecimiento de la objetividad, de la politicidad y al fortalecimiento de la personalidad de los individuos que se conforman como actores y avanzan en su constitución de sujetos del conocimiento y de la acción.

Nuevas propuestas epistémico-epistemológicas han tomado cuerpo en la teoría social posempírica. La propuesta de Habermas⁷ de comenzar por una hermenéutica 0, a través de la cual lograríamos comprender el mundo de la vida con sus verdades, rectitudes y valores estético-emocionales para de allí valorar la cultura, la socialidad y la individualidad de los actores que buscan realizar sus propuestas, nos posibilita encontrar una nueva racionalidad basada en la comunica-

ción dirigida al entendimiento. Pero esto no es suficiente, Giddens recomienda no únicamente permanecer en la acción comunicativa, sino estudiar las otras prácticas relacionadas con circunstancias físicas y artefactos humanos asociados con actividades institucionalizadas que se presentan durante el curso de rutinas sociales. Éstos constituirían los primeros pasos obligatorios para el salubrista interesado en comprender la forma en que la gente forja sus criterios preteóricos sobre salud, elabora sus principios ético-morales, construye su personalidad y desarrolla su práctica cotidiana. El salubrista tiene entonces la posibilidad de buscar más tarde el apoyo de la lógica científica a través de una hermenéutica 1, con el fin de ampliar el horizonte de visibilidad y apoyar a la colectividad en el logro de conocimientos objetivos sobre su propia vida, colaborar en el fortalecimiento de la organización propia y apuntalar los aspectos que posibilitan el fortalecimiento de su identidad.⁸

La búsqueda de la comprensión del mundo de la vida, privilegiando la comunicación y la práctica, y al mismo tiempo la apertura hacia la ciencia posibilitaría una ampliación de nuestra tradicional forma de entender la realidad, pero tampoco esto sería suficiente, porque tanto las verdades como las eticidades y los elementos de emocionalidad y estética se alimentan también de nuestro mundo simbólico. Los simbolismos fundamentados en el mito son muy fuertes en América Latina. No es posible que podamos comprender las diversas interpretaciones sobre la salud y la enfermedad, si no buscamos internarnos en el mundo simbólico de nuestras poblaciones.⁹

6. “Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”. Canguilhem, G. *Ideología y racionalidades nas ciencias da vida*. Lisboa: Edicoes 70.

7. Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus.

8. Una explicación más amplia sobre este tópico puede encontrarse en “Grupo de desarrollo de la teoría y la práctica en salud pública. Salud pública: hacia la ampliación de la razón”. En: *Salud al final del milenio*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1995.

9. Es posible encontrar algunos elementos alrededor de esta problemática en Granda, E. *El cólera en Guayaquil, algunas reflexiones*, Quito: Fundación Ciudad; 1996.

La epidemiología debe, entonces, tomar un nuevo derrotero. La epidemiología-empiricista nos apoya en la explicación del evento epidemiológico íntimamente ligado a la determinación más cercana, mientras que la epidemiología crítica nos lega los instrumentos y métodos para comprender la determinación más amplia: aquella que surge desde las formas de arreglo social y económico. Esa explicación no es suficiente para la acción, es además necesario que comprendamos la salud en cuanto acontecimiento, esto es como un evento con significado. El apoyo de los nuevos planteamientos surgidos desde las ciencias sociales y la antropología podría ayudarnos en este empeño. En otras palabras, es necesario construir el conocimiento en forma tal que facilite que el propio individuo o población sea un sujeto de ese conocimiento con significado: el conocimiento ilumina, el significado mueve. El conocimiento sin significado puede transformarse en cadena que ata al sujeto transformándolo en objeto del que conoce, el significado sin conocimiento puede llevar a un movimiento sin direccionalidad. El saber que surge desde la propia acción comunicativa y es iluminado por la ciencia posibilita una proyección más real y libre.

La epidemiología tiene necesariamente que explicar la realidad y apoyar el desarrollo de la creatividad y libertad para que la población pueda “instituir nuevas normas en situaciones nuevas”, conforme nos aconseja Canguilhem. Necesitamos una epidemiología que pueda conocer las determinaciones, pero al mismo tiempo tenga capacidad de asombrarse ante las indeterminaciones que surgen desde la propia práctica poblacional y comprenderlas. Necesitamos un nuevo contrato epidemiológico.

En ese ejercicio de mirar las indeterminaciones, tendremos que también cambiar la forma de mi-

rar la naturaleza, la misma que por influencia de nuestro desarrollo moderno unilateral cada vez la destruimos más. En este siglo hemos luchado duramente contra el ambiente y hemos logrado derrotarlo; en esta forma estamos logrando destruirnos a nosotros mismos.¹⁰ La epidemiología tendrá que comprender que no solo el hombre sano, sino la naturaleza sana es aquella que puede instituir nuevas normas en situaciones nuevas. En esa medida tendrá que buscar que en su aproximación metodológica no se produzca una separación tan brusca entre la naturaleza y el hombre, es por esto que muchos de los ecólogos están planteando instituir una nueva forma comunicativa con la naturaleza, a través de la cual nuestra racionalidad medio-fin dé paso a una nueva racionalidad antiguerrerista para no derrotarla, porque la necesitamos sana para construir nuestra salud. Además de un nuevo contrato social, requerimos un nuevo contrato con la naturaleza.

Otra vez la acción

Habíamos dicho que la crisis subjetiva en la salud pública se demuestra en ese sentimiento de orfandad de los sanitaristas ante el enflaquecimiento y a veces retiro del Estado de su deber con la salud del público. Al menos el Estado enfriaba las calenturas y calentaba los tiempos fríos de la salud poblacional. Era un Estado que como dice Rovere “quería pero no podía”. Siempre vivíamos esperanzados en que algún momento sí podrá, al menos, un poco más. Ahora que el Estado “no quiere ni puede”, el dilema es muy complejo.

La complejidad radica en que el pensamiento de moda recomienda encontrar nuestra alternativa en el mercado. En otras palabras, se nos recomienda que “a falta de Estado, bueno es el mer-

cado”. Nosotros, los salubristas tendríamos que transformarnos en corredores de bolsa: nuestro fin estaría en la salud del dólar y nuestro medio sería la enfermedad de la gente. Aún más, el mercado es un ente constituido desde hace tanto tiempo que no ha podido ser destruido a pesar de ochenta años de experimentos desarrollados en los socialismos reales. Parecen recomendarnos que no nos queda otra alternativa.

Una alternativa más compleja y más humana radica en ubicar nuestra acción en la población y junto con ella construir Estado en salud. Tendríamos que resignificar nuestro quehacer administrativo que siempre tendrá que ser político. Administrar las diversidades pero buscar las regularidades que nos permitan construir centralidad. Dicho en otra forma, es fundamental administrar la creatividad y la libertad de los actores individuales y colectivos que proponen formas de unión inéditas.

La administración de las diversidades es más compleja que aquella a la que estuvimos acostumbrados. La forma administrativa dominante centraba su labor en las normas previamente constituidas y desde ellas bajaba hacia la población transformada en objeto. Las normas establecen el fin, la tecnología y los insumos se constituyen en medios. Las normas ratifican el interés del Estado, los medios reconocen la supremacía de la ciencia y de las cosas. ¿Dónde se encuentran los hombres y mujeres que administran y que reciben la acción?

El enflaquecimiento del Estado produce, al mismo tiempo, el enflaquecimiento de las normas, mientras que la falta de recursos para el mantenimiento y la adquisición de nueva tecnología produce también el debilitamiento de los medios. Nos vemos compelidos a encontrar la normatividad en la propia vida poblacional, donde

la característica fundamental es la diversidad, la vida y la salud. De obedientes a las normas estatales tenemos que pasar a ser intérpretes de esa diversidad y constructores de ideas de regularidad que posibilitan encontrar solapamientos entre particulares. De obedientes pasaríamos a ser deliberantes.

Pero para llevar a cabo la empresa anterior, tenemos que utilizar nuevos medios donde la creatividad reclama un puesto muy importante para interpretar el complejo y dinámico comportamiento humano. Comportamiento humano que constantemente construye unidad o diferencia. Es por esto que también tendremos que aprender a dar campo a lo temporal: normas que aparecen y se esfuman ante el peso de la cambiante vida poblacional, pero que muchas de ellas permanecen y se transforman en historicidad e institucionalidad (el tiempo y la eternidad se encuentran constantemente y deambulan por el mismo camino).

El matrimonio del tiempo y de la eternidad nos obliga siempre a descubrir las diversidades, a buscar lo que los une, a luchar por el avance de identidades individuales y grupales, pero, al mismo tiempo, procurar las maneras de interrelacionar dichas individualidades y particularidades. En otras palabras, requerimos conformar nuestro cuerpo subjetivo y nuestra corporeidad objetiva, orgánica e inorgánica. Siempre tuvimos dos cuerpos, uno que está por dentro de nuestra piel y otro, por fuera del mismo, y ambos son fundamentales para la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Es por esto que la acción en salud pública no puede quedar como una labor únicamente administrativa sobre los cuerpos individuales y particulares creativos y libres, sino que también requiere apuntalar la construcción de nuestra corporeidad inorgánica que se hace presente como lo público: comuni-

10. Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta; 1992.

dad, institucionalidad y Estado. La salud pública tiene, entonces, que conquistar un nuevo plano de la política.

Una política que parte desde el plano comunicacional de los hombres y mujeres, viejos y niños que departen con miras al entendimiento, pero que en esa propia comunicación originan poderes, en tanto interrelación de voluntades. Poderes para mantener las verdades preteóricas que posibilitan crear la cultura y defender criterios de objetividad; para fortalecer las moralidades y eticidades que viabilizan uniones; para sostener y desarrollar las personalidades que ratifican las individualidades; y para desarrollar acciones.

La voluntad se forja legítimamente a través de la cooperación argumentativa. Y ésta, “por ser común al trabajo de la ciencia y al de la política, a la elaboración teórica de lo que es y de lo que debe ser, restaura la unidad de la razón. De esta manera, resulta apropiada para el proyecto de la articulación del hombre natural y del hombre ético”.¹¹ Pero el orden político debe ser concebido como razón en el ejercicio de la potestad.

El poder solo existe como potestad en la medida de que sea capaz “de constituir la potestad de los individuos, de integrar a cada uno de ellos en la elaboración de la vida pública de modo tal que encuentre en la misma la posibilidad de realizar sus potencialidades”.¹² Solo existe como potestad en la medida que construya democracia.

Se abre para la acción en salud pública un reto importante: avanzar en la construcción de formas administrativas y políticas que partiendo desde el ser de nuestra gente, desde su realidad óptica, sobremonte lo particular y apoye la construcción del nuevo Estado en salud. Éste será parte del reto para constituir un nuevo contrato social en salud pública.

Perspectivas

Los físicos han introducido conceptos tales como sensibilidad, inestabilidad, bifurcación. La sensibilidad une la definición del sistema a su actividad; la inestabilidad hace relación a la sensibilidad del sistema a sí mismo, a las fluctuaciones de su propia actividad, y la bifurcación describe el sistema cuando éste se torna inestable y puede evolucionar en la dirección de varios regímenes de funcionamiento. Prigogine y Stengers dicen “... en estos puntos de bifurcación un mejor conocimiento no nos permitiría deducir lo que ocurriría y sustituir las probabilidades por certezas... Hoy se conoce que un mismo sistema puede, en la medida en que se aumenta su desvío, atravesar múltiples zonas de inestabilidad en las cuales su comportamiento se modificará de manera cualitativa y podrá adquirir un régimen caótico, en que su actividad puede ser definida como el inverso del desorden indiferente que reina en el equilibrio: ninguna estabilidad garantiza más la pertinencia de una descripción macroscópica, todos los posibles se actualizan, coexisten e interfieren, el sistema es al mismo tiempo todo lo que puede ser”.¹³

Los procesos de inestabilidad son grandes en la salud pública y pueden llevar a la bifurcación de caminos donde un mejor conocimiento no nos permitiría deducir lo que ocurriría, ni sustituir las probabilidades por certezas. La sustitución del desorden indiferente que reinó en el equilibrio anterior de la salud pública bajo el Estado benefactor o el Estado autoritario del socialismo real ha llevado a un régimen caótico que propone un orden inverso al anterior.

La sensibilidad que logremos desarrollar, tanto los sectores democráticos de la sociedad civil como el Estado para interpretar estas nuevas realidades, también nos ayudará a organizar

nuestras acciones alrededor de una nueva verdad que nos constituya en sujetos. Esto posibilitará avanzar o retroceder, cumplir éticamente con el encargo que nos hace la época o participar en el banquete cínico que nos propone el neoliberalismo, avanzar con la población hacia más altos niveles de salud o embarcarnos en el cultivo de la enfermedad.

Los signos de los tiempos son difíciles de descifrar, lo único que nos resulta claro es que la nueva época puede ser nuestra, puede ser más hu-

mana, porque a pesar de la supuesta oscuridad que nos presenta el fin del siglo, éste está plagado de destellos que nos ratifica nuestro derecho a la esperanza. Esperanza que necesariamente requiere un “empoderamiento” diferente.

11. Bidet, J. *Teoría de la modernidad*. Buenos Aires: Letra Buena; 1993, p. 105.

12. *Ibidem*, p. 106.

13. Prigogine, I. y Stengers, I. *Entre o tempo e a eternidade*. Op. cit, p. 65.

Artículo 6

Algunas ideas sobre la organización de redes en salud*

Antecedentes

En reuniones mantenidas con varios subsectores del sector salud en la provincia de Loja, con miras a iniciar un proceso de discusión sobre la reforma del sector salud, se estableció la necesidad de profundizar en la discusión y acción alrededor de múltiples y amplios problemas de salud de la zona.

Uno de los puntos levantados en dichas reuniones hace referencia a la conformación de una estructura administrativa que posibilite coordinar los pensamientos y actividades a través de la generación de relaciones entre los distintos actores que participan actualmente en este esfuerzo y entre los nuevos actores que se integrarán más tarde.

La necesidad de construir una estructura nueva conlleva a idear renovadas formas de organización y gestión de las acciones en el campo. Por ello se había considerado que algunos productos inacabados que se han elaborado en el país podrían apoyar el debate que se llevará a cabo en el proceso. El presente documento constituye una aproximación a la problemática organizativa y de gestión que en este momento se discute alrededor del proyecto Espacios Saludables, pero que podría ser de apoyo a los actores que participarán en el seminario que llevará el Comité Ejecutivo Provincial de Salud del Azuay. En esa medida, éste no es un documento producido para el análisis de la

problemática específica, sino que únicamente tendrá un posible valor como apoyo para pensar sobre el tema.

La organización en red

Los aportes de la nueva teoría de la organización y sobre todo el pensamiento alrededor de nodos conectados en red, que mantienen su autonomía pero que necesariamente deben relacionarse, podría apoyar el intento organizativo del trabajo que se lleva a cabo en el Azuay alrededor de la reforma sectorial.

Ahora bien, la red debe preocuparse por apoyar la constitución de la identidad de los grupos comunitarios que sustentan diversidad de proyectos individuales y colectivos capaces de potenciarse entre sí y, al mismo tiempo, cumplir con un proceso técnico-político en el campo de la salud. En otras palabras, la red debe respetar e impulsar dichos grupos en cuanto nodos de seres portadores de una propuesta cultural, social e individual y en cuanto participantes de un sistema político y económico.

La problemática que se abre ante el requerimiento de conformar una red de servicios para la atención integral entraña el tratamiento de la antinomia existente entre la constitución de la identidad de los pobladores y su pertenencia a un sistema. Es, por lo tanto, fundamental que la red ofrezca una respuesta ante la necesidad

* El presente documento es parte de un trabajo más amplio elaborado junto con los integrantes de la Corporación Utopía. Además, muchos de los criterios han sido elaborados con los integrantes del proyecto Espacios Saludables de la OPS/OMS. Quito, mayo 31 de 1996.

de tratar a los pobladores dentro de su mundo de la vida y como integrantes reales del sistema político-económico.

En el mundo de la vida, los pobladores se constituyen, a través de la acción comunicativa y de otras actividades, en seres epistémicos, sociales e individuales¹; en otras palabras, constituyen sus verdades o cultura, su sistema de valores o moralidad, su personalidad y reproducen su biología. El eje de su desarrollo no se asienta en una racionalidad medio-fin imperante en el sistema, sino que prima una racionalidad comunicativa dirigida al entendimiento. Pero, además, los pobladores requieren participar en tanto ciudadanos y trabajadores en la consolidación o cambio del sistema, donde impera una lógica fin-medio que generalmente es antinómica con la anterior. Así, por ejemplo, el sistema siempre reclama trabajadores que produzcan riqueza y desarrollen el sistema político imperante, en esa medida, el sistema únicamente es capaz de ver la población unilateralmente, en cuanto ciudadanos-productores, dejando de lado las historicidades particulares que posibilitan el desarrollo de la personalidad de la comunidad, fundamentan sus eticidades, reproducen su cultura y posibilitan su especial desarrollo corporal.

Por otro lado, la constitución en el presente (el ahora) de la identidad de las poblaciones en cuanto cuerpo, personalidad, cultura y moralidad no da cuenta íntegramente de sus requerimientos como ciudadanos-productores, si es que no se analizan los determinantes más allá del mundo de la vida y se visita su actual o potencial vinculación al trabajo, al mercado y al mundo de la política.

Esta antinomia obliga a desarrollar una propuesta organizativa que no responda a una sola racionalidad sino que combine las dos racionalidades. En otras palabras, no es

posible diseñar el modelo organizativo de la red a partir de una propuesta administrativa tradicional, ni tampoco es posible creer que con los planteamientos de la moderna teoría administrativa se podría dar cuenta de la compleja organización que se requiere. Vale la pena reflexionar al respecto:

La teoría administrativa tradicional considera al cliente como un consumidor que va a ser influenciado por la propaganda para que se introduzca al mercado; en esa medida, el cliente no constituye otra “cosa” que el realizador del valor de la mercancía. En cambio, la nueva teoría administrativa concibe al cliente como un consumidor que opina, como un consumidor que desea. De esta forma, la nueva teoría administrativa eleva al cliente a la categoría de “actor” directo del escenario mercado y actor indirecto en el proceso productivo. La nueva teoría administrativa podría, por lo tanto, dar apoyo para administrar los programas relacionados con la comunidad concebida como productora-compradora, pero no da la posibilidad de interpretarla en cuanto cuerpo, cultura, moralidad, personalidad y civilidad. La teoría administrativa es muy limitada para ofrecer las bases conceptuales para forjar la red y tan solo debe ser considerada como un instrumento de apoyo operativo, porque de otra forma puede ocurrir que sus conceptos fuertes que provienen del mercado terminen “engullendo” o colonizando los conceptos débiles u oscuros que todavía acompañan nuestra reflexión alrededor de las poblaciones donde trabajamos.

A partir de lo anterior, la teoría organizativa sobre la red debe posibilitar:

- a) Organizar la fuerza o poder que viene desde el Estado (nodo 1) que busca construir la centralidad general, en cuanto políticas relacionadas con las comunidades: municipios, Ministerio de Salud, IESS, Ministerio de Educación y Cultura, universidades, etc.

- b) Organizar la fuerza o poder que se origina en las distintas acciones que se llevan a cabo en la sociedad como expresiones particulares de las organizaciones no gubernamentales y servicios públicos y privados (nodo 2).
- c) Organizar la fuerza que se genera por la propia acción de la población (nodo 3) en su avance hacia sujetos sociales.
- d) Construir canales de comunicación y coordinación entre las diversas fuerzas.
- e) Organizar la red.
- f) Proponer los elementos de gestión de la red.

Antes de establecer una aproximación global o estructural que posibilite reflexionar sobre la forma de construir los canales de comunicación y coordinación entre las diversas fuerzas o nodos que integrarían la red, es fundamental apuntar algunas características analítico-genéticas de cada uno de los nodos con miras a comprender las características particulares de sus fuerzas y las posibles formas de engarce con la red. Para llevar a cabo esta empresa no es posible trabajar con la teoría de sistemas, donde existen los mayores aportes en lo que se refiere a teoría organizacional, porque en esta perspectiva, las organizaciones son frecuentemente interpretadas como respuestas naturales a diferentes necesidades originadas en los macrosistemas, que son fundamentales para el mantenimiento del equilibrio del mismo y deja de lado todo lo que es poder, interés y genética. Se considera, por otro lado, que las teorías racionalistas pueden dar aportes para la comprensión de los nodos que necesariamente deben basar su organización

en una racionalidad fin-medio, pero, desde otra perspectiva, ésta aparece muy limitada para interpretar las formas de organización que deben llevarse a cabo cuando se privilegia la “acción en el mundo de la vida” como categoría de análisis. Es por esta razón que, para la comprensión de la red y sobre todo la organización de los grupos comunitarios, se parte de los criterios de la teoría comunicacional de Habermas y algunos de los aportes de la etnometodología y hermenéutica, para luego utilizar aspectos de la teoría decisional de racionalidad medio-fin limitada de Simon² y seguidores.

Abordaje genético-analítico: las distintas fuerzas

El nodo 1, Estado, cuyos ejes representativos más fuertes están representados por el Ministerio de Salud (Dirección Provincial de Salud), Ministerio de Educación, Universidad Nacional de Loja y otros entes estatales. El Estado tendría a su cargo desarrollar los siguientes objetivos:

- a) planificación y programación general del proceso;
- b) coordinación general;
- c) ejecución de políticas, normalización, regulación y acreditación;
- d) control administrativo-técnico.

La Comisión Provincial de Salud concentraría la labor de planificación y control administrativo-técnico y, al mismo tiempo, se transformaría en el nivel ejecutivo de las políticas, normatización, regulación y acreditación.

1. Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.

2. Las ideas más interesantes de Simon se encuentran depositadas en sus primeras publicaciones y sobre todo en su obra *Administrative Behavior*, publicada en 1947. Existe una traducción de esta obra al portugués: Simon, H. *Comportamento administrativo*, Río de Janeiro, Fundacao Getúlio Vargas, 1967. Además, en otros trabajos como *Models Of Man*. New York, Jonh Wiley and Sons, 1957; *Organization Man: Rational or Serlf-Actualizing-Public Administration Review*, 33: 346-353 jul/ago, 1973.

Estas funciones, a nivel de la red, se transforman en fuerzas dinámicas generalizantes, que no pueden (y muchas ocasiones no deben) visualizar lo diferente y lo local. Bajo la necesidad de cumplir metas de los programas que se forjen, todas las acciones que se desarrollan en los nodos 2 y 3 deben ser transformadas en medios y evaluadas en función a dichas metas en cuanto operaciones. El Municipio o Dirección Provincial o grupo colegiado crearía en esta forma la unidad y necesariamente debería homogenizar la diversidad, con lo cual se aseguraría la coherencia de los programas generales. Por más esfuerzos que haga la inteligencia planificadora central no puede introducir en su vector de fuerza elementos que impidan su propio desarrollo. El programa, entonces, ordena y produce progreso en una misma dirección y tiene necesariamente que desoír y no mirar aquellos vectores que impidan llegar a las metas y atenten contra los invariantes que necesariamente debe establecer. Una visión estratégica no mitigaría este problema sino que únicamente le llevaría a “traducir” todas las acciones que se generan en los otros nodos en flujos, poderes o reglas que deben ser impulsadas, siempre y cuando posibiliten acumular poder direccional o a ser neutralizadas si no lo hacen.³ Esto no quiere decir que la visión estratégica debe ser abandonada, sino

que en los primeros momentos de construcción de la red, la visión estratégica de acumulación de poder, por lo general, oscurece la complejidad del panorama. La planificación y administración estratégica, sin lugar a dudas, apoyará inmensamente en el momento de gestión.

El problema radica en que la red tiene necesariamente que descubrir las fuerzas diversas que se forjan en los distintos nodos y que permiten la dinamización de su existencia heterogénea.

Nodo 2, organizaciones no gubernamentales y servicios llevarían a cabo los siguientes objetivos:

- a) producción de acciones técnicas de servicio;
- b) producción de conocimientos;
- c) asesoría.

En primer lugar, vale la pena indicar que en este mismo nodo han sido introducidas todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que desarrollan actividades a nivel de las comunidades donde se trabaje con el fin de tratarlas como instituciones de servicio.

Las funciones que desarrollan estas organizaciones se transforman a nivel de la red en fuerzas

complejas que deben ser analizadas en forma distinta a como se hizo con la fuerza central representada por los entes estatales normatizados.

Las ONG y servicios privados desarrollan un proceso productivo que busca resultados e impactos. Tanto los resultados (productos teóricos, metodológicos, técnicos o actividades) como los impactos (logros, transformaciones en la población objeto) podrían responder a un compromiso originado dentro de la propia red (programas y proyectos propios de la red) cuanto en comandos que nacen en ámbitos externos a la red. Estos ámbitos externos se ubican en la propia supervivencia y crecimiento de los servicios privados y ONG, en las políticas de financiamiento de organismos nacionales y/o extranjeros con los que se hallan relacionados.

Las ONG introducen, por lo tanto, un componente de particularidad que visualiza ciertos elementos programáticos que al mismo tiempo posibilitan su mantenimiento o crecimiento así como su legitimación ante los financiadores. Los servicios privados y las ONG necesariamente deben ser eficientes. Por lo tanto, la red, a través de los servicios privados y ONG, puede ser dinamizada en sus componentes técnicos parciales, pero al mismo tiempo la red debe visualizar la necesidad de introducir una cierta cultura de mercado para factibilizar la participación y eficiencia de los servicios privados y ONG participantes.

Los servicios públicos (en este bloque se introduce también a los servicios de la Dirección Provincial de Salud) producen acciones que, por lo general, buscan la eficacia técnica. Por cuanto, en la mayoría de las veces son partes de programas forjados en las diversas entidades públicas, más que nada buscan impactos sobre la población. Los impactos posibilitan la legitimación del propio componente ante el departamento o programa y ante la institución a la que pertenecen, validan el conocimiento y la acción de la burocracia a cargo. Además, procuran la legiti-

mación del servicio y personal ante la población servida.

Los servicios públicos apoyarían a la red en cuanto fuerza de conocimiento y acción que busca transformaciones en los pobladores, pero la red debe construir los mecanismos para que sus acciones puedan encontrar la necesaria autonomía y legitimación ante las instituciones a las que pertenece el componente. Al parecer, los servicios públicos se ubican más cerca del modelo de atención y de la población, mientras que las ONG parecen ubicarse más cerca de los recursos técnicos que deben ser dinamizados.

Los servicios públicos como las ONG al insertarse en la red desde una visión de particularidad, se constituyen también como fuerzas particulares que critican constantemente el vector direccional del programa general. Estas fuerzas si no son debidamente tratadas producen ruido en la red y pueden disminuir o detener su movimiento. En estos casos es importante, a más de introducir elementos de flexibilidad en las relaciones entre los nodos de la red (los mismos que deben captar y procesar las diferencias para dinamizarla), establecer aspectos claros de normatización general, mecanismos de concertación y negociación y criterios para el tratamiento de conflictos.

Nodo 3, la población. Los dos nodos anteriormente analizados constituyen poderes realmente existentes, que tienen un espacio social, económico y político, poseedores de una metodología de producción, dueños de una legalidad propia, son nodos que se producen y reproducen. El nodo 3, en cambio, tiene una existencia dispersa y en algunas ocasiones dependiente.

Por ello, la red debe cuidar por la constitución de la identidad de este sujeto y también por su definición en cuanto actor o sujeto de un sistema. La red no puede únicamente conformar los servicios para la constitución del poblador en cuanto fin administrativo del Estado o intervención técnica de los servicios públicos y privados

3. La profundidad del abordaje de Simon parece que no ha sido realmente desarrollada en muchas de las obras que posteriormente han publicado sus supuestos seguidores, ya que el reconocimiento de los límites de la racionalidad fin-medio inherente al campo administrativo no significa que desaparezca la racionalidad, sino que por detrás de ella existe otra. En términos diferentes, en la administración y en todos los actos de la vida social, económica, política existen límites comprensivos para la racionalidad medio fin, por lo que se requiere la aplicación de otra racionalidad basada en la acción comunicativa. Por esta razón, consideramos que muchos de los *best sellers* de la administración que preconizan la intuición, lo ilógico, la sinrazón como panacea para administrar con más eficacia y eficiencia en este mundo “posmoderno”, posiblemente, en el futuro podrán organizar este “festín de ilogicidad” bajo una nueva lógica o racionalidad. Nos referimos a Peters T., Waterman R., Culligan M., Keatins S., Young A., Parson M., McCormack M., Ackoff R. y muchos otros. Existen importantes críticas en tomo a las posibilidades y limitaciones del pensamiento estratégico. En el plano de la salud, Uribe J. aborda desde la visión de la planificación una interesante crítica a Matus, Testa y otros, mientras que Rojas, C. *Recursos humanos de la salud pública: de actores a sujetos*. Quito: OPS/OMS; 1994, lo aborda desde la epistemología. Granda, E. y col. *Salud pública: hacia la ampliación de la razón*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1995, lo abordan desde el ámbito de la salud pública.

y de las ONG, sino que la red debe impulsar la autopoiesis, la autonomía y el control social por parte de la población.

Por las razones anotadas, es difícil en un primer momento establecer las funciones que debe cumplir el nodo. Es más fácil que la población sea visualizada desde las funciones que debe cumplir ante el sistema: fuerza de trabajo actual o potencial y comprador para la economía (eje producción-mercado), ciudadano para el Estado, feligrés para la iglesia, etc.; en otras palabras, la comunidad estaría siendo visualizada como un medio para el cumplimiento de diversos fines y donde la red podría, además, apoyar este cometido al construirlo como un medio para el cumplimiento de los fines del Estado y ONG-servicios. Sin embargo, al ser visualizada la población únicamente desde el sistema no se agota, como se ha explicado anteriormente, la supuesta identidad de la población. Aquella identidad cultural, social e individual se produciría a nivel del mundo de la vida de la comunidad y a partir de la acción comunicativa, dirigida al entendimiento. En ese mundo de la vida y a partir de la razón comunicativa, los pobladores construirían las verdades sobre sí mismos tomando, tanto los significados del sistema y cultura hegemónica, como los simbolismos propios de sus culturas locales y diversas; construirían, así mismo, sus criterios de rectitud y desarrollarían su personalidad. En otras palabras, el planteamiento radicaría en concebir que la cultura, la moralidad y la personalidad poblacional también estarían forjándose al margen de la vigilancia disciplinadora del Estado, las normas, el dinero, los partidos, etc. Esta constitución de la identidad poblacional sería distinta, a veces local, pero siempre posible de comprenderse porque se asentaría en una epistémica universal cual es la comunicación, pero no sería posible ser explicada a través de la racionalidad científica medio-fin porque pertenecería al mundo de la vida y se movería con una racionalidad distinta.

De lo que se trataría es de que las poblaciones donde se intervenga puedan constituir grupos dirigidos al desarrollo de los siguientes objetivos internos:

- a) problematizar su mundo;
- b) sustentar sus interpretaciones subjetivas y las relaciones que mantienen con el entorno social;
- c) develar sus pretensiones de validez sobre la problemática levantada, esto es, su verdad preposicional, su rectitud normativa, su veracidad o autenticidad;
- d) establecer los acuerdos basados en el reconocimiento intersubjetivo sobre la validez de sus interpretaciones y sobre las acciones necesarias para dar respuesta a los problemas;
- e) fundamentar proyectos que posibiliten avanzar en la construcción de su propia identidad (verdad, rectitud y veracidad) y, al mismo tiempo, interrelacionarse con los apoyos que pueden recibir desde la red;
- f) estudiar los aspectos de viabilidad;
- g) desarrollar los elementos técnico-operativos necesarios para la administración de los proyectos;

La red podría recibir la fuerza de la población, siempre y cuando cuide promover procesos autopoieticos, a través de los cuales las comunidades construyan su propia identidad y requieran por parte de la red los recursos e insumos necesarios para dar cuenta de sus problemas. Si no ocurre aquello, la red centraría su trabajo en la dinamización de los programas estatales y en los fines de las ONG-servicios para que depositen productos en los objetos-pobladores.

Al aparecer los pobladores como “exploradores” de su propia subjetividad y como impulsores de su ser-así en el paso a sujetos sociales, entregarían a la red su fuerza que al mismo tiempo la dinamizaría y la construiría, pero que también criticaría sus fines y bombardearía constantemente las invariantes sobre las que se apoya cualquier programa. Es por esto que aquellas invariantes deben ser amplias y deben, en un primer momento, impactar sobre los aspectos más generales que posibiliten la participación de los proyectos que conformen los grupos poblacionales. Mientras las diferencias poblacionales critican la abstracción de los programas generales haciéndolos más reales, en cambio, los programas deben devolver a los grupos comunitarios la posibilidad de fortalecer sus proyectos distintos que posibilitarán forjar y fortalecer la unidad.

Así planteado el análisis genético del nodo 3, es posible establecer sus objetivos relacionados con la red:

a) Organización, con miras a dar campo a la generación de procesos de problematización y comunicación que busquen:

- Creación y transparentamiento de la cultura, la moralidad y la personalidad poblacional.
- Constante aprendizaje sobre su identidad en cuanto sujeto epistémico, social e individual y en cuanto actor o sujeto de un sistema.
- Construcción y/o fortalecimiento de liderazgo comunitario con miras a desarrollar las relaciones comunicativas interin-

dividuales e intergrupales comunitarias y transacciones estratégicas con el sistema.

- Definición y solución de necesidades en cuanto identidad comunitaria y en cuanto supervivencia de la red.

Las funciones que desarrollaría este nodo debe basarse en una teorización y avance práctico sobre los siguientes aspectos:

- a) **Liderazgo y organización comunitaria:** la teoría sobre liderazgo proviene fundamentalmente desde los ámbitos empresariales o desde los espacios de la política. Ambas versiones basan sus propuestas sobre una racionalidad medio-fin. En los últimos años se han generado importantes trabajos sobre organización cultural y liderazgo, con lo cual se ha logrado ampliar la visión eminentemente etnográfica que dominaba el campo, habiéndose introducido una aproximación clínica o hermenéutica. Es posible que estos aportes puedan ser enriquecidos con los especiales comportamientos de las culturas de la provincia.
- b) **Cultura, moralidad y personalidad poblacional:** los nuevos aportes que ha brindado la filosofía posmetafísica y la comunicación pueden constituir un serio aporte para planificar el trabajo.⁴ Al respecto, es fundamental trabajar sobre el desarrollo del yo y del nosotros comunitario desde el ámbito del lenguaje, del conocimiento y de la acción, así como integrar los avances sobre la moralidad y la identidad del yo. La red debe ganar su particularidad a través de un tratamiento más profundo de la comunidad.

4. Nos referimos a los importantes desarrollos que han aparecido en los últimos sesenta años en el ámbito del lenguaje, comunicación, semántica. Nombres como Gadamer, Sicourell, Wittgenstein, Austin, Habermas, Giddens son algunos de los más representativos.

- c) **Aprendizaje comunitario:** la crítica a la pedagogía de la transmisión y a la pedagogía del adiestramiento y los nuevos desarrollos de la pedagogía de la problematización basada en la mayéutica y en los grandes aportes de Paulo Freire constituirían apoyos importantes para el desarrollo del proceso.⁵
- d) **Administración:** las nuevas metodologías abiertas de planificación, programación, administración de problemas y necesidades y para la conformación de proyectos ofrecen importantes bases para el aprendizaje de nuevas metodologías para la acción.⁶

Abordaje estructural: las relaciones de la red

El abordaje analítico-genético permitió definir, en alguna medida, las fuerzas diversas que participarían en la red y, al mismo tiempo, sus distintas intencionalidades, siempre conflictivas y en algunos momentos antinómicas. Esta situación constituye, en sí, un complejo problema a resolver.

La respuesta más simple ante los conflictos y antinomias ha consistido en la prevalencia de la intención comandada por el sector con mayor poder y la cooptación o desconocimiento de los sectores débiles. Una versión muy similar y con apariencia de mayor cientificidad ha consistido en la prevalencia de la propuesta más racional que se la identifica como “fin” y en la transformación de las restantes propuestas en “medios” de satisfacción de la racionalidad más alta. Las versiones más modernas intentan abordar los problemas a partir de una mirada situacional e intersubjetiva de los distintos actores, que posibilitaría entrar en un campo comunicacio-

nal para la definición y delimitación de dichos problemas. Esta propuesta partiría desde el presupuesto de una igualdad de fuerzas de los diversos actores y de una posibilidad de que los problemas aparezcan con gran transparencia. Además, se requiere que la comunicación se lleve a cabo en forma ilocucionaria y que no existan presiones que produzcan perlocución.

Partiendo de que los distintos nodos representan intereses diferentes y tienen fuerzas muy desiguales, parece que es imposible que se cumplan con los presupuestos indicados. Por esta razón se considera que es fundamental que la red siempre se preocupe por el fortalecimiento del nodo 3 con miras a lograr la generación de proyectos que sean defendidos por protosujetos que van adquiriendo capacidad de liderazgo y desarrollan habilidades táctico-operativas. Al mismo tiempo la red puede desarrollar programas que posibiliten la interconexión entre los nodos 1 y 2.

Acompañados por la constante e intransigente necesidad de fortalecimiento del nodo 3 es posible diseñar las relaciones de los distintos nodos de la red en la siguiente forma:

Relación nodo 3-1: el nodo 3 introduce en la red proyectos que son receptados por los programas sancionados por el nodo 1. Algunos de los proyectos generados por el nodo 3 pueden no ser receptados por ninguno de los programas del nodo 1, lo cual debe llevar a un análisis con miras a establecer si se lo apoya, lo cual debería darse en la medida en que fortalezca la identidad del nodo 3, ya que aquello redundará en el fortalecimiento futuro de toda la red.

Relación nodo 1 -3: el nodo 1 normaliza, coordina, busca apoyo del nodo 2 y controla el desarrollo de los proyectos generados en el nodo 3 y

propone sus modificaciones necesarias en vista al fortalecimiento de los programas existentes o por plantearse.

Relación nodo 1- 2: el nodo 1 presenta un menú de actividades que se desprenden de los programas y proyectos, que pueden ser desarrolladas por el nodo 2 y contrata con los elementos conformantes del mismo. Coordina las acciones que desarrolla el nodo 2 y busca su acoplamiento con las necesidades generales de la red y muy especialmente con las necesidades del nodo 3. Controla y evalúa los resultados e impactos.

Relación nodo 2-1: el nodo 2 estudia los requerimientos de la red y propone el desarrollo de componentes que fortalezcan los programas o apoyen los proyectos producidos por el nodo 3 y que han sido sancionados por el nodo 1. Los servicios públicos que actualmente desarrollan actividades en las áreas donde trabajaremos acoplarían sus propuestas a partir del requerimiento de los programas de la red y de los requerimientos de los proyectos generados desde el nodo 3. Así mismo, hacen propuestas para modificación de los programas y la red.

Relación nodo 3-2: el nodo 3 selecciona las instituciones pertenecientes al nodo 2 con las cuales podría trabajar, selección que debe ser sancionada por el nodo 1 a partir de la sustentación de argumentaciones que justifiquen la misma. El nodo 3, por otro lado, recibe el apoyo de las instituciones del nodo 2 seleccionadas por el nodo 1 cuando sus proyectos conforman parte de los programas de la red. El nodo 3 participa junto con el nodo 1 en la evaluación de los servicios prestados por el nodo 2. El nodo 3 presta todas las facilidades y la colaboración para el desarrollo de la labor del nodo 2.

Relación nodo 2-3: el nodo 2 propone apoyos técnicos alrededor de las actividades que despliega el nodo 3, propone cambios que deberían desarrollarse en los proyectos que cumple el nodo 3 y sustenta ante el nodo 1 las modificaciones que deberían implementarse en la red.

En resumen, las relaciones entre los nodos existen como tales y se estructuran a partir de los requerimientos de la red, pero estas relaciones siempre están transformándose y fortaleciéndose a partir de la propia dinámica de los nodos. Las fuerzas particulares de los nodos recomponen constantemente la fuerza general de la red, mientras que la fuerza de la red impulsa y controla estratégicamente su avance.

Organización general de la red

La organización de la red parte desde una aproximación crítica a la racionalidad moderna, pero en ningún momento entra en una crítica radical. Intenta recuperar los avances que produjo aquella racionalidad fin-medio, que posibilitó la conformación del inmenso edificio de las ciencias sociales, políticas, administrativas y médicas, pero se resiste al mismo tiempo a reconocer aquella racionalidad como la única que debe comandar el pensamiento y la acción, razón por la que rescata la racionalidad comunicativa que también se mueve bajo criterios de universalidad. La primera posibilita proponer una noción de orden, centralidad, planificación, tecnología, regulación, el pasado y el futuro en cuanto historia; mientras que la segunda posibilita rescatar la noción de lo nuevo, lo local, lo diferente, la dinámica, la identidad, la historicidad y el presente como realidad existente y no únicamente como fenómeno. La red busca construir democracia y equidad.

El uso de las dos racionalidades posibilita proponer la existencia de una organización jerárquica donde la Dirección Provincial de Salud cumple un papel rector como representante político y administrativo del poder descentralizado, las ONG y los servicios públicos también desarrollan sus labores técnicas y de asesoría y los grupos poblacionales buscan construir su identidad al mismo tiempo que participan en el logro de una centralidad más democrática y equitativa. Se trata entonces de mirar el presente desde el futuro y el futuro

5. Las nuevas reflexiones en el ámbito del aprendizaje llevan necesariamente a tomar en consideración a Bleger J., Bruner J., Apple M., Davini M., Pichón Riviere E. y otros.

6. Nos referimos a los trabajos de Testa M., Rovere M., Bennis J., etc.

desde el presente,⁷ cuidando de no caer en un presentismo congelante ni encarrilarse en un supuesto futuro profetizado por alguna filosofía de la historia.

La red intentaría imprimir una nueva dinámica sobre el quietismo burocrático férreamente encerrado en el estuche de la tecnología objetivista (“hard”) para posibilitar una apertura hacia una versión autopoietica que rescate tecnologías “soft”, criticando de esta forma al inflexible paradigma productivista y a una supuesta teoría científica de la práctica que solamente visualiza el trabajo, mas no la socialización de los individuos y su posibilidad comunicativa.

La gestión dinámica de la red

Hasta aquí podríamos aseverar que la organización de la red dependería fundamentalmente de los factores o determinantes externos que conforman la vida de las colectividades donde se intervenga. La estructura administrativa, entonces, no puede únicamente visualizar los aspectos internos relacionados con la técnica, sino que tienen que hacer una simbiosis con los aspectos sociales. Como la estructura interna del proceso administrativo depende de lo que los administradores reconocen como “factores ambientales”, no existe la mejor manera de administrar la red, pero sí existe la posibilidad de seleccionar factores ambientales que, al mismo tiempo, conduzcan al logro de una necesaria coherencia estructural.

Por lo general, las distintas agencias estatales y no gubernamentales que participarían en esta propuesta desarrollan distintos programas, a través de los cuales organizan sus acciones. En

esa medida, los programas tendrían ya una definición, mientras que los proyectos se definirían en el transcurso de la implementación y desarrollo de la red, siempre y cuando ésta decida poner como eje del pensamiento y la acción el fortalecimiento y desarrollo del nodo 3. Por otro lado, la red establece algunos objetivos que deberían ser discutidos con profundidad con miras a forjar las bases necesarias para mantener la coherencia estructural de la red.

Proyectos, programas y objetivos podrían ser la base para la estructuración del proceso de gestión de la red, que podría tener las siguientes características:⁸

- Basada en objetivos, por problema y por área geográfica.
- Basada en equipos de trabajo.
- Descentralizada y autonomista.
- Redundante.
- Integrada por comunicación intensiva.

a) Basada en objetivos, por problemas y por área geográfica

Existen algunos objetivos delineados para cada uno de los nodos. La totalidad de los objetivos de todos los nodos pasan a constituir los objetivos de la red. Al mismo tiempo, cada uno de los nodos reproduce íntegramente los objetivos de toda la red. Así mismo, todos los equipos que se conformen deben reproducir los objetivos generales. Es por esto que la red tiene una naturaleza “holográfica”, donde el todo está representado en cada una de las partes.

En la medida en que los objetivos de los programas se interrelacionen con los objetivos generales de la red, éstos podrán desarrollarse con miras a fortalecerla, de otra manera, por la pro-

pia lógica dura que acompañan a los programas y disciplinas, éstos podrían independizarse de la dinámica de la red.

Los proyectos forjados en el seno de las propias colectividades serán los que posibiliten a la red, programas y proceso administrativo, “aterrizar” en la realidad del mundo de la vida de las comunidades. De otra forma la red y los programas podrían “volar” hacia el campo disciplinario y burocrático-administrativo. Por otro lado, si los proyectos no se relacionan con los objetivos generales de la red y con los objetivos de los programas, la propia naturaleza local de los proyectos posibilitaría su marginamiento.

Existen problemas completamente indefinidos y que hacen especial relación al nodo 3. En otras palabras, el nodo 3 constituye un inmenso problema con subproblemas de conocimiento, organización, liderazgo, aprendizaje, enfermedad-salud, etc. que definirán paulatinamente sus objetivos.

La diversidad de las zonas geográficas donde actuaríamos podrían levantar igualmente diversidad de problemas que podrían así mismo diferenciar los objetivos.

La coherencia del sistema organizacional debe necesariamente ser mantenida a través de la coherencia de los objetivos y de las políticas de crecimiento y sobrevivencia, es por esto que en el proyecto de estructura de la red deben ser considerados prioritariamente sus objetivos y su división por criterios sustantivos.

b) Basada en equipos de trabajo

La base de la organización del trabajo que ha prevalecido en el mundo occidental es la estructuración de tareas. La división y la especialización del trabajo según objetivos organizacionales duros ha sido siempre la base primaria y antecedente a todas las funciones de gestión. Solamente después de la estructuración de las tareas se definen las habilidades necesarias para

ejecutarlas: se busca la persona adecuada para el lugar adecuado. Este procedimiento produce algunos problemas: se subutiliza una gran parte de las habilidades individuales, se impide el desarrollo de un trabajo creativo, y se generan rutinas de trabajo no interesantes y poco satisfactorias.

Las propuestas administrativas más recientes proponen romper este planteamiento y rescatan el trabajo por equipos, en los cuales se relativiza la definición de las tareas, para dar paso a una visión-en-equipo del problema y de los objetivos previamente delineados. De esta manera surgen patrones organizacionales de diferenciación y especialización de tareas que aparecen dentro del propio equipo y que no son impuestos apriorísticamente desde el pensamiento burocrático.

Esta forma de gestión posibilitaría la creación de nuevas formas de adhesión grupal basada en la posibilidad real de uso de habilidades individuales, factibilizaría la construcción de la “redundancia” que siempre requiere una red, se construiría una forma de liderazgo grupal distinta y se llevaría a una mayor autonomía grupal para tratar los diversos y complejos problemas que tiene que afrontar la red.

c) Descentralizada y autonomista

La red mantendrá un nivel de jerarquía para asegurar su coherencia, estructuración constante y continuidad, pero el propio diseño de la red puede atentar contra su dinámica, razón por la que se propone llevar a cabo un tipo de gestión descentralizada.

La descentralización posibilitaría colocar las posibilidades de decisión técnica y práctica a nivel de los equipos y lo más cercanamente de los problemas que levantan las poblaciones. Las decisiones localizadas son más rápidas, más baratas, más congruentes con las necesidades locales. Esta forma de gestión, obviamente, conduce a una mayor autonomía del equipo, pero esto no quiere decir independencia absoluta puesto que

7. Los trabajos desarrollados por Zemelman, H. alrededor de la epistemología política tienen mucho interés al respecto.

8. Esta propuesta toma como base a Motta, P. *A ciencia e a arte de ser dirigente*. Río de Janeiro: Editora Record; 1991. Otros autores que son de importancia para una propuesta parecida son: Mintzberg H., Toffler A., Bennis W., Pettigrew A., Pfrffer. J. y otros.

la comunicación intensiva, los objetivos generales y particulares, la normalización y el control dinámico centralizado conduce a reproducir constantemente la unidad en la diversidad.

d) Redundante

La redundancia funcional es consecuencia natural de la descentralización, trabajo en equipos, diferenciación sectorial y por objetivos. Cuanto mayor es la descentralización y la autonomía mayor es la duplicación y superposición de funciones. La redundancia no es mala sino que posibilita que cada sector desempeñe con autonomía y mayor eficacia sus funciones y elimina grandes unidades burocráticas de control.

La red necesariamente tiene que desarrollar un tipo de organización holográfica que reproduzca en cada sector la idea del todo, en esta forma, es posible abordar los problemas y resolverlos sin que se tenga que recurrir a cada momento al centro. La problemática de la duplicación y superposición de funciones y recursos es costosa cuando ocurre en sistemas empresariales productivos con altos costos en capital constante, pero en el trabajo que se intenta desarrollar a través de la red, aquello no es costoso y al contrario produce un gran ahorro en cuanto logro de una clara idea y acción en red y gran eficiencia y eficacia productiva por parte de los equipos de trabajo.

e) Integrada por comunicación intensiva

Una estructura diferenciada a través de trabajo en equipos, descentralizada y autónoma, tiene un gran peligro de incoordinación de las acciones. Esto, por lo general, es solventado a través del montaje de un sistema dinámico de comunicación. La red debería transformarse en un gran sistema de procesamiento de información que rápidamente es utilizada y criticada en la medida que la red no puede sobrevivir sin ella, depende y se integra a través de la información.

Los pensamientos anteriores constituyen, como se había dicho anteriormente, elementos que pueden apoyar el debate alrededor de la construcción de un proceso organizativo y gerencial de lo que puede ser el núcleo de discusión de reforma del sector salud en la provincia de Loja.

Artículo 7

El sujeto, la ética y la salud*

Introducción

Sin lugar a dudas, el momento que vivimos en América Latina y en el mundo es bastante conflictivo. En los planos objetivo y subjetivo la situación se ha enrevesado y ha mostrado aristas que rasgan las seguridades anteriores sobre las que nos movíamos, lo cual nos obliga a generar propuestas que tienen que visitar campos de mayor complejidad y dejan cuestionamientos sobre los que debemos constantemente volver. Todo que lo hoy hacemos tiene una característica inacabada y temporal y no goza de la seguridad predictiva con la que solíamos antes proponer las cosas.

La realidad de salud de la población latinoamericana se deterioró enormemente durante la década perdida y todavía no existen indicadores que nos anuncien que las condiciones hayan cambiado en la década de los 90. En otras palabras, la situación, tanto la problemática salud-enfermedad como la respuesta social alrededor de la misma, se ha deteriorado más con el debilitamiento o paulatino retiro de la responsabilidad del Estado sobre la enfermedad colectiva y con la propuesta de mercantizarla y privatizarla. A esto se suma el hecho consistente en que, desde el plano subjetivo, nos resistimos a aceptar las mismas formas de ver tradicionales, no queremos priorizar las mismas categorías de análisis

que utilizábamos y ya no aceptamos las soluciones convencionales. En esta medida, se ha complicado más nuestra tarea, tanto con relación a las preguntas como a las respuestas.

En efecto, el legado del iluminismo que nos prometía fundar un mundo de abundancia, libertad y felicidad, con el solo ejercicio de la razón, la ciencia y la administración científica de las cosas y de los hombres a través del Estado, ha pasado a construir una ideología constantemente desmentida por la historia.

El siglo veinte amaneció con los fulgores de una modernidad boyante y ahora anochece con una propuesta antimoderna. Se despertó con una idea sobre la infinita potencialidad de producción, dominio de la naturaleza, viaje hacia el encuentro de la razón absoluta, total libertad y auténtica felicidad-igualdad. Ahora anochece con la realidad de una producción que domina, esclaviza y apoya la forja de Estados panópticos o mercados inhumanos, causa dosis crecidas de infelicidad y profunda descomposición social e inequidad. La modernidad para muchos autores ha estallado, se ha hecho mil pedazos en los que podemos encontrar muy poco de lo que nos ofreció.

En el campo de la salud nos embarcamos científica e ingenuamente a dar cuenta de su negativo:

* Ponencia presentada en la mesa redonda "El derecho a la salud. Estrategias y acciones: los actores sociales ante los nuevos escenarios", en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, en Buenos Aires, 17 al 21 de marzo de 1997. OPS-OMS-Ecuador-UNL.

El presente trabajo recoge las discusiones y esfuerzos por comprender la realidad en salud, el proceso de reforma del sector y el papel de la universidad en este campo, llevado a cabo por los integrantes de la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Loja, con quienes ha venido trabajando la representación de la OPS/OMS en Ecuador en estos últimos años. En esa medida, muchos de los pensamientos depositados en el documento fueron elaborados junto con los diferentes actores involucrados y traducen las limitaciones propias de un grupo en proceso de aprendizaje.

la enfermedad, con la esperanza de producir, por descuento, la salud. Ofrecíamos a principios de siglo extirpar, erradicar muchas enfermedades, pero más tarde nos vimos obligados a pensar en controlarlas, después aceptamos que sería más conveniente vigilarlas y en estas últimas décadas más bien observamos angustiados como vuelven a reemerger en nuestra América Latina viejos males de los que casi nos habíamos olvidado, los mismos que se mezclan y danzan con enfermedades que sellan nuestra incursión en una modernización impuesta.

Nuestros sueños de salud fueron también sueños científicos. Pensábamos que la razón-ciencia-técnica daría total cuenta de nuestros problemas. El extraño matrimonio de la ciencia con la enfermedad produciría, paradójicamente, la salud; la intervención científico-técnica sobre el cuerpo individual y la acción científico-estatal sobre los cuerpos colectivos transformados en objetos asegurarían el éxito.

Sanitaristas, enfermeras, médicos y personal de salud nos asomamos al siglo XX con la seguridad infinita en nuestro conocimiento y en nuestros instrumentos —que constantemente se perfeccionarían—, para controlar desde fuera la máquina corporal, prevenir las enfermedades, curar y rehabilitar sus maltrechos mecanismos.

Al apagarse este oscuro fin de siglo empezamos nuevamente a comprender algo que sabíamos desde antaño: que la orgullosa, eterna y universal ciencia de la enfermedad no puede interpretar íntegramente la compleja, diversa, particular y temporal salud de los sujetos. Sueños deificados que se han transformado en pesadillas que nos obligan a despertar.

Enceguecidos por la luz de la razón parece que en este momento es obligatorio también mirar

al ensombrecido sujeto individual, los movimientos sociales, la comunidad, la cultura.

Embarcados en el viaje hacia la objetividad que hacía tabla raza de todas las “tradiciones, vínculos y creencias, o sea la colonización de la experiencia vital por la previsión y el cálculo”¹, parece que debemos encontrar un puerto en la subjetividad sin abandonar la ciencia y la técnica. Nuevamente tenemos que recordar que las mujeres y los hombres debemos establecer los fines mientras que la ciencia tan solo proseguirá siendo un medio.²

El ciudadano

Hemos vivido dos siglos bajo el convencimiento de que la razón y el Estado nos entregarían la solución de todos nuestros problemas económicos, sociales o políticos. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, a través del cual nos sería posible organizar un centro o Estado, que fundamentado en el conocimiento científico podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos y brindar la felicidad a todos.

Con esta idea en mente pudimos solucionar el conflicto entre la racionalización y la subjetivación existente en el mundo dualista cristiano y cartesiano que había acompañado nuestra reflexión durante los siglos anteriores. Los derechos del hombre y el ciudadano que fueron explicitados todavía en su dualidad en 1789 se unificaron con la preeminencia de la noción de ciudadanía. El ciudadano debía tomar como eje de su preocupación y acción la utilidad social, esto es, trabajar para factibilizar la producción

de riqueza mejorada en su eficiencia por la ciencia, la tecnología y la administración, posibilitar la centralización y concentración del poder en el Estado y la ley y, de esta manera, construir el bien común. Correspondencia de una cultura científica, de una sociedad ordenada y de individuos libres comandados por la razón que al mismo tiempo define el ser del ciudadano. “La razón se encarna en la sociedad moderna y la conducta normal es la que contribuye al buen funcionamiento de la sociedad. El hombre es ante todo un ciudadano”.³

La idea de modernidad sustituye a Dios por la ciencia, la misma que deber ser el principio organizador de la vida personal y colectiva asociándola al tema de la secularización y alejando toda idea de “fines últimos”. El ciudadano debe encargarse de este cometido y cualquier elemento finalista debe quedar consignado en su vida privada o transformarse en ascentismo dentro del trabajo. Por otro lado, para que avance la modernidad, el ciudadano debe comprometerse revolucionariamente con la total racionalización de la vida social, es decir, la destrucción de los lazos sociales, de los sentimientos, de las costumbres convencionales que oscurecen y estrechan su vida, lo cual es logrado por la misma ciencia, la tecnología, la educación —mediadora entre el alumno y los valores universales de la verdad, lo bello y lo bueno— y las políticas sociales de modernización que hacen tabla raza de las creencias y formas de organización que no descansan sobre postulados científicos.

Este proyecto conducirá a los modernistas al sueño de crear una sociedad nueva y un hombre nuevo a los que en nombre de la razón impondrán coacciones mayores que las de las monarquías absolutas, coacciones que constantemente han sido justificadas a través de supuestas de-

mostraciones de que la sumisión al orden natural de las cosas procura placer y corresponde a las reglas del buen gusto. De esta manera el ciudadano, a más de ser un revolucionario portador de la ciencia, debe someter su gusto y placer a la razón. Como diría Locke: “la naturaleza se imprime en el hombre por los deseos y por la felicidad que procura la aceptación de la ley natural o por la desgracia que es el castigo de quienes no lo siguen”.⁴ De lo que se trata es de unir, a través del discurso moderno y racional, al hombre con el mundo y borrar cualquier dualismo: el ser humano es natural y está supeditado a las leyes naturales, lo cual pasa a ser la esencia del ciudadano.

La sociedad reemplaza a Dios como principio de juicio moral y se transforma en la base de explicación y de juzgamiento de los deberes de los ciudadanos que aceptan someterse por libre y voluntaria decisión al poder del Leviatán o voluntad general (Hobbes y Rousseau) y que se expresa en el Contrato Social. En esta forma, el poder de la política sustituye al poder de la religión: la nación es la razón, el civismo es la virtud. El hombre se transforma en ciudadano o actor definido por las obligaciones y roles que deben jugar en su sociedad; no tiene necesidad de mirar sus orígenes, su subjetividad, su religión, su cultura, su mundo local, sino que únicamente tiene que reflexionar sobre lo que es útil o nocivo para el desarrollo y supervivencia del organismo social. El actor se fundó con el sistema, el individuo con la ley, la felicidad con la virtud. “La concepción clásica de la modernidad es, pues, ante todo, la construcción de una imagen racionalista del mundo que integra al hombre en la naturaleza, al microcosmos en el macrocosmos, y que rechaza todas las formas de dualismo del cuerpo y del alma, del mundo humano y de la trascendencia”.⁵

1. Touraine, A. *Crítica de la modernidad*. Madrid: Ediciones temas de Hoy; 1993.

2. Prigogine, I. y Stenger, I. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda.; 1992.

3. Touraine, A. Op. cit., p. 448.

4. Locke, J. “Tratado sobre el gobierno”. Mencionado por Russell, B. *La sabiduría de Occidente*. Madrid: Aguilar; 1975.

5. Touraine, A. Op. cit., p. 47.

El modernismo es el rechazo a toda revelación, crea un vacío moral que es colmado por la idea de sociedad o unidad social. El ser humano no es más que un ciudadano, donde su caridad debe transformarse en solidaridad social, su conciencia debe transformarse en respeto a las leyes y donde los juristas y administradores sustituirán a los profetas de sus abuelos: desencanto, secularización, ética de la responsabilidad, racionalización, autoridad racional legal —conceptos acuñados y constantemente repetidos por Weber en sus estudios sobre la modernidad. Pero también, y como contrapartida, según el propio Weber, es resistencia antimodernista y rebelión de la dualidad humano-social que se sintetiza en términos conflictivos: racionalización y guerra de los dioses, autoridad legal y carisma, capitalismo y nación.

El siglo XIX posibilita que la modernización económica acelerada transforme los principios del pensamiento racional en objetivos sociales y políticos generales. Las leyes naturales se transforman en voluntad colectiva y surge la idea de progreso. La modernidad se embarca en el tiempo y se transforma en historicismo donde la idea de progreso afirma la identidad entre políticas de desarrollo y triunfo de la razón.

Esta idea bendice la total subordinación del individuo a la sociedad y de la sociedad a la modernización y al poder del Estado, lo cual posibilita una movilización colectiva a la que no pudo llegar la convocatoria, siempre elitista, de la racionalización; el progreso puede convocar en alta voz a las fuerzas revolucionarias que deben cumplir un encargo cifrado por la historia. El historicismo del siglo XIX “absorbe al sujeto en la razón, la libertad en la necesidad histórica, la sociedad en el Estado”. El ciudadano se identifica como actor revolucionario con una misión histórica y se somete al poder absoluto de una élite política que proclama su legitimidad en nombre de un supuesto conocimiento de las leyes de la historia. La búsqueda del *Uno*, la nación o el poder absoluto en nombre del pueblo termina destruyendo la propia modernidad y sus principios de

derecho, moralidad y potencialidad productiva, mientras esclaviza y reprime a quien no es ciudadano y, por lo tanto, se opone a la razón histórica.

¿De qué ciudadano hablamos?

Conforme habíamos dicho anteriormente, para la *Filosofía de la Luz*, el ciudadano debería centrar su preocupación y acción en la utilidad social, esto es, trabajar para factibilizar la producción de riqueza mejorada en su eficiencia por la ciencia, la tecnología y la administración, posibilitar la centralización y concentración del poder en el Estado y en la ley, y de esta manera construir el bien común, el mercado y el interés nacional compatible con el interés y libertad personal. Más tarde, el historicismo le encarga realizar la razón histórica y someterse íntegramente al poder absoluto de la élite política supuesta representante de la verdad y del pueblo.

El ciudadano, en esta versión, constituye la esencia de la racionalización y, al mismo tiempo, la casi total negación de la subjetivación. La persona pasa paulatinamente a ser representada en su interés y libertad de consumir los bienes materiales y simbólicos que circulan en el mercado, al mismo tiempo que construye la sociedad en tanto totalidad.

Sus verdades preteóricas no pueden aproximarse ni competir con las verdades científicas, sus eticidades no pueden ponerse al lado de la moral que se manifiesta como utilidad social y ley. Sus veracidades y sentimientos quedan atrapados en la vida personal y no pueden vulnerar la gran totalidad social. Sus prácticas y costumbres tienen que modificarse o revolucionarse para poder revolucionar la sociedad y, a la vez, constituirse como ciudadano. El sujeto es absorbido por la sociedad, el mundo de la vida por el sistema, el saber por la ciencia, la ética por la moral.

La racionalización cumplió un papel muy importante cuando introdujo el espíritu crítico

en los espacios gobernados por las autoridades tradicionales, pero se transformó también en una experiencia tenebrosa cuando se vistió con el ropaje del taylorismo o se expresó a través de experimentos guiados por la filosofía de la historia. La razón nos posibilitó descubrir nuevos mundos, relacionarnos, romper con las tradiciones que nos ataban, ampliar nuestra capacidad explicativa, pero también su luz ha comenzado a enceguecernos, su ruido nos enloquece, la falta de sentido nos congela y nos produce profundas nostalgias del *Ser*. Somos ciudadanos modernos encargados de empujar el eterno cambio, la destrucción creadora que busca mayor razón, tecnología, riqueza, pero al mismo tiempo somos destructores de todo lo que no huele a modernidad.

La modernidad vive en estos momentos un proceso de agotamiento y sin derroteros claros. Horkheimer y Adorno hablaron sobre el “agotamiento de la razón”, debido a lo cual parece que el papel tradicionalmente encargado al ciudadano por parte de la razón debe ser repensado, con el fin de encontrar si es posible apoyar hoy y aquí el empeño por forjar una sociedad mejor y no solamente continuar impulsando este incansable e infinito movimiento que ha impuesto la modernidad. Por otro lado, ¿quién cree en los momentos actuales en la identidad del interés del Estado y de los individuos, en la identidad de la acción y de la razón, en la identidad del hombre y del ciudadano para emprender una cruzada para su rescate?

El ciudadano en la modernidad fragmentada

El exceso y la coacción de la razón que nunca debería coaccionar, la filosofía de la conciencia,

la filosofía de la historia y el paradigma productivista que han guiado nuestro pensamiento en diferente medida y con distinta intensidad durante estos dos siglos han llevado, según Habermas, a la colonización del mundo de la vida por parte del sistema y el apareamiento de las patologías sociales, culturales y de la personalidad que en estos momentos vivimos. Giddens analiza los ímpetus de la expansión capitalista, la forja del sistema de estados-naciones, el desarrollo de la vigilancia y la administración y el crecimiento del poder militar como elementos constitutivos de la modernidad y su impacto sobre el sí mismo (self).^{6 7} Videt encuentra que la modernidad tomó en consideración únicamente la contractualidad central o estatal y la contractualidad interindividual o mercantil y dejó de lado la socialidad, lo cual, a su vez, influyó negativamente sobre el desarrollo de la democracia y la vida social.⁸

Touraine encuentra que la modernidad ha estallado y que la idea clásica de unidad es en la actualidad nada más que una nostalgia. El primer fragmento está constituido por el deseo del *Ser*, por el *Ello* nietzscheano expresado en la sexualidad, que aparece como resultante de una lucha por la liberación del cuerpo y el deseo, pero que al mismo tiempo anuncia el peligro de la marginación en el ego. El segundo fragmento está representado por una sociedad de consumo de masas dominada por el mercado y el marketing, que expresa, por un lado, la libertad individualizada en el consumo y, por otro, el peligro de una sociedad concentrada en el interés y el tecnoligismo. El tercer fragmento constituye la organización representada por las empresas y el capitalismo financiero, que posibilita la expansión de la producción, pero al mismo tiempo lleva a la profundización de las desigualdades sociales. El cuarto fragmento constituye las luchas naciona-

6. Giddens, A. *Consecuencia de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial; 1994.

7. Giddens, A. *Modernity and Self-Identity*. California: Stanford University Press; 1993.

8. Bidet, J. *Teoría de la modernidad*. Argentina: Ediciones Letra Buena; 1993.

les que se separan cada vez más de la razón y rescatan su sentimiento de identidad y cultura, pero que también entrañan el peligro de nacionalismo a ultranza, el retorno a la tribu y a la dictadura de la subjetividad.

Estos cuatro fragmentos parecen moverse independientemente conformando una no-sociedad, ya que la personalidad, la cultura, la economía y la política parecen ir cada una en una dirección que la aleja de las otras. La modernidad estallada, según Touraine no constituye una nueva etapa de la misma sino su descomposición; demuestra un movimiento disociador entre el ser y el cambio, entre los hechos y el sentido, entre la economía y la cultura.

Sexualidad, consumo mercantil, empresa y nación, tan solo se encuentran atados por la razón instrumental o técnica, considerada como la búsqueda de medios más eficaces para alcanzar objetivos que escapan a los criterios de racionalidad. Racionalidad instrumental que ya no obedece a la *diosa razón* sino a las presiones de los fragmentos disociados, debido a lo cual termina movilizando elementos modernizadores, que en muchas veces son no-modernos “todo es moderno y antimoderno, hasta el punto de que apenas se exageraría diciendo que el signo más seguro de la modernidad es el mensaje antimoderno que emite”.⁹

La técnica no constituye el elemento fundamental a ser criticado, más bien es el único componente que permite alguna unidad e impide, por otro lado, la dominación de alguno de los fragmentos. La verdadera crisis de la modernidad radica en “la descomposición del modelo racionalista, roto por la modernidad misma y, por tanto, por el desarrollo separado de lógicas de acción que ya no se refieren a la racionalidad: búsqueda de placer, del estatuto social del beneficio y de la potencia”.¹⁰

La idea de ciudadanía se oscurece en la modernidad fragmentada. La razón transformada en técnica es muy débil para convocarla. El ciudadano es halado por las fuerzas fragmentarias que convocan contradictoriamente su presencia. La noción de ciudadano ya no puede responder a su definición clásica, porque la propia constitución de la modernidad ha cambiado y no puede retornar a lo que fue.

El sujeto

Cuando más avanza la modernidad, más se separan el sujeto y los objetos, mientras que en la visión premoderna estaban confundidos. Al mismo tiempo, la modernidad se ha definido por la eficacia de la racionalidad instrumental, y dominio del mundo por la ciencia y la tecnología, pero ha dejado de lado el mundo de la subjetividad, el mismo que fue sustituido por el sujeto representado por las leyes racionales e inteligibles al pensamiento del hombre.

En la modernidad fragmentada nuevamente se hace presente la subjetividad como sexualidad y cultura que reclaman el lugar del que fueron retiradas, hablan sobre el sujeto olvidado, sobre la necesidad de control por parte del individuo de lo vivido para que tenga un sentido personal, sobre el requerimiento del individuo de transformarse en actor que se inserta en las relaciones sociales transformándolas, pero sin identificarse íntegramente con las mismas, ni con las leyes que sostienen esa sociedad, ni con los grupos de poder que las mantienen.

Entonces, en esta época surgen las voces del actor y del sujeto. En lo que se refiere al actor, se reconoce que éste no tiene por qué actuar de acuerdo al lugar que le asigna la sociedad, sino que siempre tiene el derecho a criticar y modificar el entorno natural y social; no está en obliga-

ción de actuar conforme a las posibilidades que le entrega la división del trabajo y las relaciones de dominación, sino siempre superándolas y humanizándolas. Busca siempre que la propia organización de la sociedad, en cuanto situaciones y leyes, posibilite tanto la constitución de la subjetividad del actor como la estructuración de la sociedad.¹¹ El actor busca construir una sociedad para el hombre y no un hombre para la sociedad.

El sujeto de hoy no tiene nada que ver con aquel sujeto de la Filosofía de las Luces. Para ésta, el sujeto constituía la universalidad, las leyes de la naturaleza o el sentido de la historia, hablaba con la única voz de la razón. El sujeto, ahora, es el *Yo* que habla como *Yo*, pero que también habla como un *Ello*, como una historicidad cultural, como un nosotros familiar y como un actor social.¹² De lo que se trata es evitar el triunfo del pensamiento instrumental que conduce a la opresión, mientras que el exceso de subjetivismo lleva a la falsa conciencia.

La necesidad de reflexionar la manera de actuar en la modernidad estallada lleva a proponer que los fragmentos actualmente existentes: empresas, nación, vida y consumo se integren a través de la razón y el sujeto, lo cual establecería una posibilidad de considerar que la noción de ciudadanía debería dar un paso a similar imbricación. En otras palabras, el ciudadano ya no tendría solamente la responsabilidad de dar cuenta de la constitución de la razón que posibilitó la forja de la sociedad moderna, con su Estado, su ciencia, sus leyes y su moral, sino que al mismo tiempo estaría a cargo de luchar por la constante construcción del sujeto en cuanto yo, reconoci-

miento del otro y el fortalecimiento del movimiento social.

Ahora bien, la constitución del sujeto no significa únicamente el logro de su identidad en soledad, sino que éste se constituye en cuanto reconocimiento del otro como sujeto inmerso en su cultura y a través de la oposición a todo lo que sea dominación. Por lo tanto, el nuevo ciudadano necesariamente tendría que participar en los movimientos que intentan unir inestablemente subjetividad y racionalidad a través de la construcción de la democracia. De otra manera, la noción del ciudadano, acuñada por la *Filosofía de las Luces*, pasaría a ser una categoría que ya no tiene fuerza y que habría muerto para dar paso a una nueva categoría: la de sujeto social.

El sujeto y la ética

La modernidad de las luces estableció la razón como único postulado de verdad. Más tarde, el historicismo, al encargar la ejecución de la verdad a la voluntad colectiva representada por la clase que debería redimir la historia, entregó a la élite política, supuesta exegeta de esa clase, la autoridad para que esa verdad sea interpretada como eficacia y justicia. En otras palabras, la verdad se transformó en moral y política.

Después de la caída de los gobiernos autoritarios y totalitarios del socialismo real, no queda en duda que aquella razón que quería transformarse en justicia y eficacia, resultó ser antiética, injusta, bastante ineficaz y muy eficiente en cuanto dominación de los seres humanos.

9. Touraine A. *Critica de la modernidad*. Op. cit., p. 137.

10. *Ibidem*, p. 139.

11. Giddens, A. *The Constitution of Society: Outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press; 1984.

12. Morin, E. “La noción del sujeto”. En: *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1914.

Hemos perdido la confianza en la teleología, el evolucionismo social y el providencialismo,¹³ nos queda una convicción de que el sistema no puede ser identificado con el mundo de la vida, conforme sustenta Habermas.¹⁴ Que el ser humano es un animal que habla y que cuando nos entendemos con él no encontramos “un universo pre-dado de objetos, sino con uno que está constituido y constituyéndose por la acción de sujetos” y que, por lo tanto, requerimos una doble hermenéutica para descubrir cómo la “estructura es constituida a través de la acción... y recíprocamente, cómo la acción es constituida estructuralmente”.¹⁵ En resumen, las ciencias sociales sostienen que el mundo humano es un mundo dual de racionalidad y subjetividad.

Las ciencias sociales han debido huir del determinismo para buscar una doble hermenéutica, una visión dual, que les permita no caer en la dictadura de la razón o en la dictadura de la subjetividad.

Si la razón no es aceptada como la verdad, sino como una de las verdades existentes, mientras que otras verdades son construidas por los propios sujetos o actores, ya sea en el mundo de la vida, conforme sustenta Habermas; o en la lucha por la constitución del *Yo*, en el reconocimiento del otro como sujeto y en la oposición a la dominación, conforme propone Touraine; o en la estructuración de la sociedad, como establece Giddens, entonces la razón que se transforma en moral propuesta por la modernidad y por el historicismo deja de tener el peso que anteriormente la concedíamos y da paso a la

ética como eje de reflexión que se dirige al *Yo*, al otro, al movimiento y a la construcción de la democracia (Touraine). No se trataría en este momento de construir únicamente la verdad, sino rescatar “valores verdaderos” como propone Agnes Heller,¹⁶ (libertad, personalidad, igualdad, humanidad, felicidad y vida humana) que constituirían guías o visiones que iluminan el futuro. O verdades intersubjetivas que se construirán a través de la acción comunicativa con miras al entendimiento, conforme recomienda Habermas, las mismas que aparecen en un primer momento como verdades preteóricas que se hallan profundamente atadas a las eticidades y veracidades propias de la interacción de las comunidades en el mundo de la vida, que luego pueden ganar mayor objetividad con el apoyo de la ciencia. O verdades epistémicas emitidas por actores siempre calificados que estructuran su mundo social y que pueden ser interpretadas por el investigador en “mutuo conocimiento” con los actores, según sostiene Giddens.

A pesar de que los diferentes autores mencionados no coinciden íntegramente en su aproximación, sin embargo, es posible indicar que el inmenso peso adjudicado a la verdad científica por parte de la Filosofía de la Conciencia y la Filosofía de la Historia, ha dado paso a un tipo de verdad que primero reconoce la necesidad de una aproximación ética al sujeto en cuanto productor de su mundo subjetivo y de su relación con el mundo social. La verdad científica ya no puede dictaminar lo que es y lo debería ser, sino que primero tiene que interpretar al actor en su pensamiento y en su práctica. Tiene que oír al

sujeto, debe aprender a mirar cómo ve la gente y tiene que interpretar la forma cómo la gente comprende.¹⁷

Pero la gente constituye su ver y comprender al mismo tiempo que construye su identidad como “*self*” (Habermas, Giddens), o como *Yo* que intenta liberarse del “*self*” (Nietzsche, Freud, Touraine). En otras palabras, el peso de la epistemología va cediendo paso a la ontología¹⁸ y a una nueva metafísica (Heidegger, Giddens), la teoría del conocimiento a la teoría de la acción (Gadamer, Garfinkel, Mead), la dependencia humana ante la ciencia a una creación de la realidad por acción del ser humano, donde el ver (Foucault) y la palabra (Austin, Wittgenstein, Searle, Gadamer) tienen una importancia central, ya que según Maturana,¹⁹ vemos con nuestro cerebro y a través de nuestros ojos para emitir palabras que conforman nuestro mundo de realidad²⁰ y guían nuestras acciones, que estructuran nuestra subjetividad y, a su vez, apoyan la constitución del mundo social.

A nivel del *yo*, el principio fundamental de moralidad se transforma en libertad y creatividad; en cambio, a nivel del reconocimiento del otro como sujeto dueño de sus expresiones amorosas y erotismo, es la condición primera de la justicia y, por lo tanto, de la liberación de sus obligaciones y papeles impuestos socialmente. En referencia al movimiento social, la ética del grupo se hace presente en la apropiación de los “valores y de las orientaciones culturales de una sociedad que se opone a la acción de un adversario al que

le unen relaciones de poder... que se expresan en cuanto mercancía, empresa o Estado”.²¹ El principio ético más amplio, bajo este planteamiento, es la construcción de la democracia, ámbito en el que podría desarrollarse una eterna lucha por la conquista de lo subjetivo y lo objetivo, la identidad, el otro, el movimiento, la razón y la economía.

En esta forma, la ética de la convicción reaparece para hacer juicio junto con la ética de la responsabilidad, mientras que la moral de la intención hace presencia con la moral del deber.

Para Charles Taylor, la moral moderna debe sintetizarse en el respeto de los derechos del hombre, la noción de vida completa y autónoma y el sentido de dignidad de cada uno en la vida pública,²² mientras que Rawls abre la posibilidad de considerar la equidad en cuanto libertad del ser humano y justicia social, reactivando, en esta forma, la necesidad de poner nuevamente sobre el tapete de discusión los derechos del hombre y del ciudadano.²³

El principio moral en relación al nuevo ciudadano hace relación a la visualización conjunta de felicidad, libertad y abundancia, donde la felicidad y la libertad no pueden quedar al margen de la propia realización del ser humano, fuera de la constitución de su *yo* en el recuerdo de su cultura, del reconocimiento del otro y de la lucha contra la dominación y por la equidad, pero al mismo tiempo hace relación al rescate de la razón en cuanto apoyo de su propia liberación,

13. Giddens, A. *A Contemporary Critique of Historical Materialism*. California: Stanford University Press; 1995.

14. Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1994.

15. Giddens, A. *New Rules of Sociological*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1994.

16. Heller, A. *A Filosofía radical*. Mencionado por De Mello Filho, D. *Contribuição a compreensão e crítica de epidemiologia social*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Bahia, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, Salvador, 1994.

17. Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Plante, 1992.

18. Cohe, I. “Structuration Theory and Social Praxis”. En: *Social Theory Today*. California: Stranford University Press; 1993.

19. Maturana, H., Uribe, G. y Frenk, S. G. *A biological theory of relativistic colour coding in the primate retina*. Archivos de Biología y Medicina Experimentales; 1968, Suplemento N° 1, p. 1-30.

20. Von Foerster Heinz. “Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden”. En: *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1994.

21. Touraine, A. *Crítica a la modernidad*. Op. cit.

22. Taylor, Ch. *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*. USA: Cambridge University Press; 1989.

23. Rawls, J. *A Theory of Justice*. Clarendon: Oxford University Press; 1972.

ampliación del horizonte de visibilidad, explicación de los fenómenos, desarrollo tecnológico y elemento de nuevo diálogo con la naturaleza y con la sociedad. En otras palabras, la constitución del ciudadano reclama la vuelta del sujeto —que fue expulsado por el siglo de las luces y el historicismo y que no pudo ser barrido por Foucault y por el posmodernismo—, pero al mismo tiempo requiere la razón para su propia constitución.

La ética en las prácticas de la salud como posibilidad de construcción de ciudadanía

Posiblemente, uno de los cometidos éticos más importantes en el campo específico de la salud radica en el retorno a una filosofía y a una práctica que entregue mayor importancia y peso a la salud y a la vida, sin olvidar los inmensos desarrollos científicos y tecnológicos alrededor de una enfermedad.

La enfermedad ha estado profundamente relacionada con la ciencia, el Estado y el mercado. La clínica se construyó alrededor de la mirada sobre el cuerpo biológico enfermo.²⁴ El Estado también privilegió, como policía médica primero y en cuanto política social más tarde, su accionar alrededor de la enfermedad, mientras que el mercado en la misma, su factibilidad de intercambio y ganancia.

El retorno del sujeto entraña comenzar comprendiendo al ser humano en su sí-mismo bio-

lógico para interpretarlo, como dice Edgar Morin²⁵ en su auto-eco-organización, lo cual posibilita tratar al ser humano como un ser, máquina y una computadora. Pero al mismo tiempo que se constituye como un sí-mismo biológico, su yo también le permite construirse a través del lenguaje, la acción y por su principio de exclusión como ser humano individual y ratificar su yo. Por el principio de inclusión, se constituye, en cambio, en un ser social, en un sí-mismo que había múltiples lenguajes articulados por su yo, el otro, nosotros, el Ello. Un ser-así.²⁶

En esa medida, tanto en el ámbito biológico como en su individualidad y sociabilidad, la enfermedad no constituye sino un accidente. En nuestro accionar cotidiano producimos y consumimos vida. Buscamos diariamente alimentarnos, cubrir nuestro cuerpo, recrear nuestra mente y espíritu, amar, defender lo que es nuestro, proyectarnos más allá de nuestros límites corporales a través de la procreación de nuevos vástagos. Buscamos expandir nuestro sentido a través de la tecnología y constantemente queremos aprender. Nos unimos con los otros para vencer nuestras propias debilidades, para dialogar con la naturaleza y extraer su riqueza y para conjuntamente forjar versiones de unidad que nos permita proyectarnos en el mañana; así forjamos todos los días e infinitamente realidades públicas y creamos nociones de centralidad o Estado. También sufrimos, tenemos miedo a enfermarnos, pero en ningún momento las ideas de enfermedad y muerte dominan nuestras vidas sino cuando ya no podemos “normalizar nuestro ser”.²⁷

En estos momentos existe gran urgencia en comprender y defender la vida, como bien lo expuso Saúl Franco en el VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social. La vida como el sí-mismo biológico humano y no humano que constantemente se depreda; la vida como humanidad de un Yo que tiene derecho a establecer un lugar en el mundo. La vida como el deber cultural y moral de reconocer al otro como sujeto vivo y libre y nunca supeditado al mercado de cuerpos y órganos,²⁸ la vida y la salud como realidad cultural, ética y veraz, que se produce en el cotidiano vivir de la gente. La vida como lucha contra los fragmentos estallados de la modernidad, sean éstos, empresa, mercado y Estado que en ocasiones la desconocen en nombre del poder o del dinero.

La ética tiene una palabra fuerte y comprometida, en relación a la vida, su criterio moviliza a actores comprometidos con ella. De esta forma, la ética construye ciudadanos de nuevo tipo. Como dicen Berlinguer y Garrafa, “Ante la perspectiva del avance del mercado ilegal de órganos humanos ... es preferible confiar más en el progreso cultural y moral que en las normas jurídicas”.²⁹ El retorno del sujeto significa, al mismo tiempo, el retorno a la vida y a la salud.

Con esto no queremos dejar de lado la enfermedad y la muerte, las mismas que tienen que ser penadas en torno a la vida y no únicamente en relación a la racionalidad y a la ciencia. La iatrogenia, el exceso tecnológico, la prolongación de la vida de seres que ya no pueden establecer su autonomía o definir su autodependencia constituyen aspectos de singular importancia y que se encuentran en el tapete de discusión.³⁰

Concomitantemente, la constitución de ambientes aptos para el ser humano entero reclama también la atención del ciudadano. En el ámbito específico de los servicios de salud, es fundamental comprender que éstos tratan sujetos enfermos, donde el primado de la razón científico-tecnológica debe dialogar con la estética, con la ética, con la cultura propia del paciente, con las prácticas tradicionales de comportamiento y con aquellas que hagan relación a su cosmología. El simbolismo propio de las comunidades alrededor del saber y accionar en la salud y la enfermedad reclaman un puesto de importancia en todo lugar, pero con mayor énfasis en aquellos países donde las diferencias culturales internas son grandes.³¹

Pero el ambiente de la salud va más allá de los servicios. El ambiente natural fue explicado por las ciencias pero parece que no llegó a comprenderla. Nuestro espíritu guerrero y racionalista está derrotando a la naturaleza³² y ha logrado globalizar el mundo produciéndonos una visión caleidoscópica y centrada en el cálculo de utilidad, donde existen sujetos desgarrados, una modernidad estallada y una naturaleza resentida. Es urgente forjar un diálogo ético con la naturaleza para no terminar de derrotarla.

Hasta aquí, nuestra reflexión sobre la ética, la salud y los ciudadanos nos lleva a ratificar la necesidad de establecer nuevas formas de ver lo antiguo o a rehabilitar viejas formas de ver lo nuevo que fueron dejadas de lado por la modernidad,³³ pero el encargo más difícil relacionado con el tema se refiere al hacer humano.

24. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI; 1966.

25. Morin, E. *La noción del sujeto*. Op. cit.

26. Rojas, C., Orellana, T., Mera, P. *Los lugares creados por la libertad*. Cuenca: Universidad del Azuay; 1994.

27. “Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”. Canguilhem, G. *Ideología y Racionalidad en las Ciencias da Vida*, Lisboa; Edicoes 70.

28. Berlinguer, G., y Garrafa, V. *O Mercado Humano: Estudo Bioético da compra e venda de partes do corpo*. Brasília: Editora UNB; 1996.

29. *Ibidem*, p. 1195.

30. Domínguez, F. *La ética y la dignidad humana ante la muerte*.

31. Granda, E. *El cólera en Guayaquil*. Quito: Fundación Ciudad; 1996.

32. Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Op. cit.

33. Bateson, G. *Pasos hacia la ecología de la mente*. Op. cit.

Si partimos del planteamiento anterior, en el que insistíamos que el retorno del sujeto entraña, al mismo tiempo, el pensar sobre la salud, volver a las enseñanzas de Mario Testa, Canguilhem, Bacilio de Ancira, Avicena, pero, por otro lado, también necesitamos volver al yo, al nosotros, a la cultura y al ambiente. Pero aquí tenemos que hacernos algunas preguntas ¿es posible la convivencia del interés por la salud en un mundo centrado científica, económica y políticamente sobre la enfermedad? ¿Podemos volver a un nuevo diálogo con la naturaleza en un momento en que se predica la conquista y la subyugación de la misma? ¿Es viable volver al sujeto ante la preeminencia del objeto? ¿Es factible volver al yo y al nosotros cuando estamos tan dominados por una identidad que nos divide entre el interés privado y el dinero y la obediencia a la norma que nos reproduce como reproductores del *statu quo*?

La tentación más grande es lanzar nuestro pensamiento hacia el futuro y unirnos con la Filosofía de la Historia para ofrecer nirvanas que serían alcanzados con la guía de prometeos que supuestamente conocen las leyes racionales de la historia; en otras palabras, encontrar la posibilidad de realizarnos como parte de un sujeto universal en el mañana, pero ésta parece ser una ideología muchas veces desmentida por la propia historia. Extraña paradoja; una historia que desmiente a sus hijos, los filósofos de la historia.

No tenemos otra posibilidad, sino traer la historia al aquí y ahora, conforme nos recomienda Benjamin y tratar de encontrar una noción que nos ayude a navegar en este mar sin muchas brújulas. La noción de democracia fundamentada en un sujeto que como actor constituye su personalidad libre afirmada en su experiencia asu-

mida y reinterpretada a partir del recuerdo de su cultura particular, el reconocimiento al otro como sujeto y la forja de movimientos sociales que oponen la dominación y fortalecen instituciones capaces de mirar hacia el sujeto y hacia la razón, posiblemente constituye una alternativa importante a ser discutida en nuestro empeño de pasar de una democracia de participación a una democracia de solidaridad y liberación.

En el campo de la democracia, la ética tiene un papel fundamental en su empeño por buscar la síntesis, siempre inestable, de esta antinomia existente entre individuo y sociedad, entre subjetividad y objetividad, entre mundo de la vida y sistema. La ética constituye el eje permanente del empeño puesto por la democracia que busca que la objetividad estructurada en cuanto sociedad gane subjetividad expresada como libertad y felicidad, con el fin de lograr una democracia que como dice Touraine “no se define por el consenso ni por la participación, sino por el respeto a las libertades y a la diversidad”.³⁴

En esta forma la noción de la ciudadanía tiene que ampliarse para que pueda ser vista, no únicamente como un sí-mismo dominado por la razón, la sociedad y el Estado, sino como un individuo, un ser-así, libre que también pertenece a las colectividades.

El plano específico de la salud entraña comprender la forma cómo el individuo y los grupos constituyen su saber y conocimiento en salud a partir de sus experiencias individuales y particulares, en su mundo de la vida. Especial importancia hemos adjudicado a las recomendaciones de Habermas con relación a la constitución de verdades preteóricas, eticidades y veracidades”.³⁵ Más tarde, a partir de las propuestas de Rojas,³⁶ hemos reflexionado sobre el mundo del

simbolismo mítico andino tan importante para la constitución de las verdades preteóricas y para las acciones en salud. El mito ancla al individuo en una matriz premoderna y le transforma en un sí-mismo (*self*) comunitario que, al mismo tiempo que le relaciona con su cultura y le protege contra la dominación, le dificulta muchas veces ver que no puede ver más allá de su práctica y su lenguaje y, en alguna medida, impide tomar los recursos de la modernidad y de la razón instrumental para constituir y ejercer con mayor eficacia la defensa de su *yo* y de su comunidad ante el avance caleidoscópico de la globalización.

La necesidad de mirar con mayor fuerza hacia las prácticas y constitución de poderes en las propias colectividades, nos ha llevado a trabajar con Giddens, quien ofrece elementos para integrar planteamientos de la teoría cultural dentro de una visión más amplia de la praxis. Por otro lado, la propuesta de volver al análisis del *yo* y del “*self*” recomendado por Touraine, a partir de Nietzsche y Freud, podría apoyar una comprensión del saber preteórico y su interrelación con el conocimiento científico intermediado por el requerimiento de la liberación del *yo* y del *nosotros* en el intento por constituirnos en sujetos.

34. Touraine, A. *¿Qué es la democracia?* Op. cit.

35. Granda, E. “Salud pública: hacia la ampliación de la razón”. En: *La medicina al final del milenio*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara-Alames; 1995.

36. Rojas, C. *Recursos humanos en salud: de actores a sujetos*. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 1995.

Artículo 8

Salud pública e identidad*

Los organizadores de este evento me solicitaron abordara el tema “Salud pública en el siglo XXI”, lo cual no constituye una tarea fácil de llevarla a cabo.

El hecho de encontrarnos ante las puertas del siglo XXI constituye para nosotros una cuestión muy especial. Pensamos que esas puertas podrían ser abiertas para visualizar el devenir de nuestras vidas en los próximos cien años y en el milenio que viene. Este deseo no es raro; siempre el ser humano ha intentado conocer el futuro y siempre se ha preocupado por asegurar el mañana ante las contingencias de su existencia; por eso creó espacios llamados cielos, nirvanas, lugares del retorno al absoluto y también construyó caminos místicos, mágicos o “científicos” para alcanzarlo. En efecto, el *Siglo de las Luces* constituye un lapso en el que la capacidad predictiva oficialmente entregada a los exégetas de la revelación divina pasa a ser ejercida por los científicos, dueños de la razón, capaces de leer los eventos, descifrar sus causas y recordar el mañana.

Acompañados de esta extraña capacidad predictiva que heredamos de Descartes y sus innumerables seguidores, parece que sería posible derribar las puertas del nuevo siglo y visualizar el comportamiento de la salud pública en el futuro, pero aquella propuesta no es tan viable para el que les habla por algunas razones:

1. Los cambios que actualmente ocurren en el mundo son sumamente violentos, globales, y desordenan rápidamente las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales dentro de las que me había acostumbrado vivir. Mucho de mi tiempo se consume en el intento por sobrevivir, comprendiendo difícilmente el hoy y defendiendo algunos resquicios de supuesta humanidad y coherencia.
2. La salud pública es una práctica social/disciplina/acción estatal joven que intenta interpretar y actuar sobre los públicos o colectivos humanos con miras a promover su salud, prevenir las enfermedades y apoyar el tratamiento y rehabilitación de sus enfermedades haciendo uso de los conocimientos, saberes, prácticas y tecnologías disponibles. En esa medida, las transformaciones conceptuales, tecnológicas, sociales, políticas, culturales que actualmente ocurren en el mundo, producen grandes “desórdenes” al interior de las disciplinas aplicativas como la salud pública, razón por la que es muy difícil visualizar sus nuevos límites y características disciplinarias, no se alcanza a entender cómo se reconfiguran sus potencialidades y limitaciones prácticas y cómo cambian las nuevas demandas que se generan desde el Estado y la sociedad. Esta situación conflictiva fue calificada por

* Ponencia presentada en el Foro “Modelos de Desarrollo, Espacio Urbano y Salud”, en Santa Fe de Bogotá, 29 y 30 de abril de 1999, auspiciado por la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud. El presente trabajo es parte de las reflexiones desarrolladas junto con los compañeros de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud y muy especialmente con Gloria Maira, Julio Suárez y Miguel Malo. Además, es parte del trabajo y constante debate en el seno de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja y muy especialmente con Max González. En la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Maracay se discutió alrededor de identidad marginal (el mundo subterráneo) con José Mendoza y María Vale.

la Organización Panamericana de la Salud, a inicios de la década de los noventa, como la “crisis de la salud pública”¹.

Ante la supuesta indefinición de esta disciplina práctica y dependiente, es bastante difícil predecir su comportamiento futuro. Aquello no ocurre con otras ramas del saber y prácticas dominantes que se ligan con la producción de bienes materiales; por ejemplo, en este momento en que se ha fortalecido la tecnología digital y también se ha consolidado el “capitalismo informatizado” a escala mundial, es posible prever que la ciencia de la computación avanzará y se introducirá en todos los resquicios de la vida social, económica, política y cultural de los grupos humanos hegemónicos que se encuentran conectados a la red internacional.

3. El problema puede no radicar en las características contextuales generales, ni en las características propias de la salud pública, sino en las limitadas capacidades personales de quien intenta hablar sobre el comportamiento de esta disciplina en el futuro. Tan es así que desde algunos sectores se interpreta más bien que en los actuales momentos se encuentran más claros los límites y cometidos de la salud pública. Ocurre lo de siempre, algunas metáforas ayudan a transparentar lo que ocurre, mientras que otras oscurecen la realidad; parece que los seres humanos no tenemos la capacidad de mirar la realidad con nuestros ojos, sino que a través de ellos únicamente logramos reproducir la realidad construida biológica y culturalmente;² en esa medida, debemos aceptar que visualizamos variadas realidades.

A partir de las disquisiciones anteriores permítanme recordar algunos rasgos de la constitución de la salud pública como disciplina positiva, analizar en forma rápida algunas de las “metáforas” que se han hecho presentes en el pensamiento y la práctica de la salud pública en América Latina, interpretar las transformaciones que actualmente ocurre en los campos económico, social, político y cultural, y luego tratar de comprender las posibles demandas que se generan alrededor de esta disciplina.

La enfermología pública

La medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. Foucault, en el *Nacimiento de la Clínica*, afirma lo siguiente: “Cuando la muerte se ha convertido en el a priori concreto de la experiencia médica³, es cuando la enfermedad ha podido desprenderse de la contranatura y tomar cuerpo en el cuerpo vivo de los individuos”. Luego dice lo siguiente:

“Es que el hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia, no se ha tomado en el interior de su lenguaje y no se ha dado en él y por él, una existencia discursiva sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo”.⁴

El “éxito” de la medicina clínica que, sin lugar a dudas ha sido bastante notorio, ha dependido del logro de su positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. De esta manera, una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con desarreglos de su estructura y función por “causas” externas e internas han podido ser explicados, neutralizados o abolidos, con lo cual se ha logrado producir “máquinas corporales” menos enfermas y que tardan más en morir. Por otro lado, el descubrimiento paulatino de las causas que producen desequilibrios en el buen funcionamiento de las partes de la “máquina corporal”: células, tejidos, órganos y sistemas han posibilitado la conformación igualmente paulatina y creciente de “evidencias” que constituyen la base de la medicina científica y ahora también permiten recomendar la forja de una “medicina basada en evidencias”⁵... Interesante historia del pensar positivista: Bichat buscaba a principios del siglo XIX las “evidencias” que llevarían a confirmar “en singular coloquio” con el ser humano individualizado su nuevo método de curación, mientras que en este momento es posible hablar de las “evidencias” sobre el ser, al margen de lo específicamente humano en una ciencia que pretende ser humana.

Ante el “éxito” de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, también se consideró a principios de este boyante siglo XX, que era posible construir una “enfermología social” llamada salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatorio de enfermedades personales o particulares. La salud pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo que correspondía a la medicina clínica, sino que se responsabilizaría de las “causas” que se encuentran por “fuera” de la “máquina corporal”. En esa medida, la salud pública podría “salirse” del cuerpo humano y encontrar las causas en los

animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos que podrían causar las enfermedades. La salud pública ocupa, entonces, un espacio distinto de aquel que es ocupado y dominado por la clínica, pero siempre relacionado y supeditado al espacio sagrado de la máquina corporal, definido y legalizado por la medicina. En otras palabras, los espacios donde se mueven animales, cosas y otros individuos capaces de producir enfermedades son mirados a través del prisma de la clínica y no solo con sus mismos lentes sino, en muchas ocasiones, con los mismos métodos y técnicas positivas.

Un segundo hecho que debemos destacar como parte de este “trampolín” filosófico es que la “enfermología pública” al constituirse como un “discurso científico”, desde un inicio, se mueve en una temporalidad distinta. La clínica actúa aquí y ahora sobre la “máquina corporal” enferma. En otras palabras, la magia de la medicina depende, en mucho, del abordaje fundamental al paciente en el momento presente, momento en el que se expresa la vida humana llena de dolor y angustia coaguladas como enfermedad, pero también cargada de esperanzas de curación. El salubrista tiene, en cambio, que mirar al individuo desde un momento anterior al que se constituye en paciente, es decir, tiene que observar el riesgo que el individuo sano se transforme en un enfermo o muera.

Por ello, la salud pública pasa a trabajar con ideas sobre potenciales pacientes, pero con realidades constituidas por posibles relaciones con animales, vegetales, cosas y otras personas que pueden causar riesgos de enfermar y morir. En resumen, la salud pública se ubica por “fuera” y en un antes de que el sumatorio de “máquinas corporales” enfermen. Ubicada la “enfermología pública” en el espacio y el tiempo del riesgo, ella cumpliría su práctica fundamental: prevenir

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *La crisis de la salud pública*. Washington: OPS; 1993.

2. Maturana, H. Per Capiere. Arch. Biol. Med. Exp.: 255-269; 1983.

3. Foucault se refiere a la anatomía patológica cuando habla de que la “muerte es el a priori concreto de la experiencia médica”.

4. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1966, p. 276.

5. Hidalgo, R. *Medicina basada en evidencias*. Quito: PUCE; 1999.

las acciones de posibles entes patógenos, ya que cuando éstos “anidan” en el cuerpo de la persona y la enferman, ese espacio será ocupado por el médico.

Al respecto, recordemos que la salud pública adquiere carta de naturalización científica en este continente en la Universidad Johns Hopkins (morada del Dr. Flexner, padre del modelo médico de formación centrada en la investigación biomédica de cuidado hospitalario) quien, junto con los Dr. Welch y Howel organizaron la Escuela de Salud Pública de esa Universidad, que luego sería el paradigma de la verdad en educación e investigación en este campo. Esta Escuela tenía a su nacimiento dos departamentos: Higiene Fisiológica e Higiene Patológica. La Higiene Patológica estaba dirigida a la “cacería de agentes patológicos de las enfermedades, sean éstos bacterias, virus, insectos, protozoos y parásitos”.⁶ La Higiene Fisiológica abordaba la enseñanza de la nutrición, las reglas del buen vivir, la administración, la epidemiología y la ingeniería sanitaria.

Si reflexionamos sobre la organización de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins encontramos que el Departamento de Higiene Patológica se preocupaba por aquellos elementos animados que podrían ser elementos de riesgo, mientras que en el Departamento de Higiene Fisiológica dirigía sus baterías hacia las acciones humanas de naturaleza riesgosa o que en su defecto, movilizan elementos que pueden transformarse en riesgo. Las acciones humanas, bajo esta última perspectiva, son riesgosas cuando contravienen la “verdad” científica positiva o irrespetan las normas estatuidas: las palabras enfermedad-muerte, verdad científica positiva y norma, son las que guían hasta ahora el pensamiento y el accionar de la “enfermología pública”.

Ahora bien, la medicina clínica tiene como fin fundamental curar, y en esa medida acepta, al constituirse como disciplina científica, centrar su preocupación alrededor de la enfermedad y la muerte. Sin lugar a dudas, la enfermedad de la persona sería “exorcizada” y su muerte, evitada a través de la intervención sabia del pensamiento y bisturí manejados por la mirada y la mano del médico. Pero para la salud pública, el problema es más complejo y debe contestar la pregunta ¿Dónde se encuentra el pensamiento y bisturí públicos para explicar el riesgo y prevenir o exorcizar la enfermedad y muerte públicas? La salud pública los ubica en la tecnología positivista manejada por el Estado. Al igual que la medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la salud pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene.

Esta metáfora del “Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos” es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo anterior y a inicios de la presente centuria. Es también coherente con las utopías reinantes en ese momento. Recordemos que hemos vivido dos siglos con la idea que la razón (instrumental) y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, a través del cual organizaríamos un centro o Estado soberano, el mismo que fundamentado en el conocimiento científico podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos, brindar la felicidad a todos, y en el campo de la salud, explicar los riesgos, prevenir las enfermedades colectivas y

organizar los servicios para la curación de personas, donde los médicos aplicarían su bisturí y su conocimiento.⁷

Recordemos que con esta idea en mente (como habíamos indicado en otro trabajo⁸), se pudo solucionar el conflicto entre la racionalización y la subjetivación existente en el mundo dualista cristiano y cartesiano que había acompañado nuestra reflexión durante los siglos anteriores. El ciudadano debía tomar como eje de su preocupación y acción la utilidad social, esto es, trabajar para factibilizar la producción de riqueza mejorada en su eficiencia por la ciencia, la tecnología y la administración, posibilitar la centralización y concentración del poder en el Estado y en la ley y, de esta manera, construir el bien común, el mercado y el interés nacional compatible con el interés y la libertad personal. Correspondencia de una cultura científica, de una sociedad ordenada y de individuos libres comandados por la razón. “La razón se encarna en la sociedad moderna y la conducta normal es la que contribuye al buen funcionamiento de la sociedad. El hombre es ante todo un ciudadano”.⁹ De lo que se trata es de unir, a través del discurso moderno y racional, al hombre con el mundo y borrar cualquier dualismo: el ser humano es natural y está supeditado a las leyes naturales.

Esta idea bendice la total subordinación del individuo a la sociedad y de la sociedad a la modernización y al poder del Estado. Por último, el historicismo del siglo XIX termina “absorbiendo al sujeto en la razón, la libertad en la necesidad histórica, la sociedad en el Estado”.¹⁰ El ciudadano se identifica como actor revolucionario con una misión histórica y se somete al poder absoluto de una élite política que proclama su legiti-

midad en nombre de un supuesto conocimiento de las leyes de la historia.

De esta manera, la salud pública organiza su base de sustento sobre un trípode constituido por:

- a) El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud.
- b) El método positivista como base explicativa de la “verdad” sobre el riesgo.
- c) La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención.

La salud pública, así fundamentada, puede avanzar y cosechar algunos éxitos en su labor en América durante los primeros setenta años de este siglo; recordemos el gran apoyo prestado por esta disciplina, a través del control de la fiebre amarilla, la malaria y otras enfermedades infecciosas al proceso de expansión de la industria agrícola y la limpieza de los puertos necesarios para el intercambio comercial. Otros éxitos como la erradicación de la viruela, el avance en la explicación de muchos trastornos crónico-degenerativos, etc., han fundamentado su importancia y capacidad de crecimiento. Sin embargo, desde otros sectores han aparecido fuertes críticas ante sus limitaciones y fracasos, sobre todo en estos últimos decenios donde los problemas de enfermedad y muerte han golpeado las conciencias de todos los convencidos de que la salud llegaría para todos, fundamentalmente por descuido de enfermedad.

Tanto las críticas como las propuestas de avance han surgido desde distintas “metáforas” que

6. Fee, E. *Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1987.

7. Granda, E. “Sujeto, ética y salud”. En: *Salud pública. Experiencias y reflexiones N° 3*. Quito: septiembre de 1997.

8. *Ibidem*.

9. Touraine, A. *Crítica a la modernidad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1993, p. 448.

10. *Ibidem*, p. 110.

han sido construidas enfatizando alguna de las “patas” del mencionado trípode. En esa medida, podríamos hablar de una corriente que critica el extraño “enamoramamiento” de la salud pública por la enfermedad y la muerte y visualiza su potencial avance a través de un giro de ciento ochenta grados, lo cual le permitiría ir al encuentro del “poder de la vida”. Una segunda “metáfora” debate acerca del limitado conocimiento y tecnología que acompaña a la salud pública y recomienda un mayor y más profundo engarce con el “poder del conocimiento”. Una tercera línea critica la forma de ejercicio del poder y habla acerca de la posibilidad de que la salud pública avance a través de la construcción del “buen poder político”. Es lógico suponer que este intento de mirar la salud pública desde las tres “metáforas” limita grandemente su campo y no permite ver otros aspectos que para muchos podrían ser muy importantes, pero, ése es el costo de usar metáforas o imágenes, éstas iluminan ciertos campos y oscurecen otros, producen, como diría Morgan, conocimientos unilaterales y distorsiones; son inherentemente paradójicas, ya que “al mismo tiempo que ayudan a ver, llevan implícitamente a no ver”¹¹. En esta forma, estamos sustentando que lo que hemos redactado y lo que sigue no es más que una interpretación entre muchas y que no creemos que existe la única interpretación verdadera. Consideramos más bien que la “explicación más adecuada es aquella que posibilita generar (en la práctica) aquello que explica”,¹² con lo cual estaríamos proponiendo discutir alrededor de la salud pública posible en este momento de grandes cambios.

La metáfora del “poder de la vida” y la salud pública

Por cuanto la razón médica y la tecnología instrumental ofrecen explicar y curar la enfermedad individual, mientras que la ciencia positiva

ofrece explicar los riesgos de enfermar colectivamente y el Estado propone tomar a cargo la prevención de la enfermedad, no importa desde un auténtico utilitarismo que tanto la medicina clínica como la “enfermología pública” surjan y fundamenten su pensamiento y práctica sobre los ejes de la enfermedad y la muerte. Claro que ocurren algunas limitaciones que desde la metáfora del “poder por la vida” son denunciadas:

En la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (la evidencia) ni su libre voluntad juega en la curación, sino que el individuo tiene que supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión como en su accionar, a los dictámenes del médico representante del conocimiento constituido y del método; en esta forma, en palabras del Foucault, “el individuo es suprimido”, es barrido como “evidencia”. Así también, en la “enfermología pública”, los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida no puede jugar ningún papel la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas, que supuestamente se rendirán ante la presencia “civilizadora” de la razón y la moral. Por otro lado, las prácticas necesarias para la prevención deben ser diseñadas y ejecutadas por el Estado, en su labor igualmente “civilizadora” ayudará a superar y universalizar las prácticas y poderes locales necesariamente irracionales; las colectividades, en palabras de Foucault, habrían sido “suprimidas” o transformadas en objetos con vida, lo cual, para esta metáfora, es profundamente contradictorio por las siguientes razones:

- No pueden existir objetos conscientes con vida, éstos, necesariamente, son sujetos.
- Los objetos siempre son alopoiéticos, es decir, no pueden producir sus propias nor-

mas y estructuras para su autoproducción, mientras que todos los seres vivos son autopoiéticos, producen sus propias normas y estructuras de autoproducción, no se digan las poblaciones humanas.

- El vivir genera la salud y ésta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; “salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones de poder que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado”.¹³
- Si en el diario deambular de las poblaciones se produce su salud, la fuerza o poder fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida. No es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva para alcanzar la salud.
- Si se considera que la propia vida engendra salud, se requiere interpretar la vida a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio.¹⁴ “Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”.¹⁵

Estas críticas alrededor de la “enfermología pública” evidencian algunos peligros:

- No es conveniente que se intente intervenir sobre la vida y la salud al margen de las mismas: “La salud se ubica en el punto ciego de las ciencias de la salud”, nos advierte Naomar Almeida Filho.
- La excesiva confianza y uso de teorías y métodos de conocimiento construidos para explicar e intervenir sobre cuerpos inanimados (físicos), que son diametralmente distintos a los cuerpos animados y sobre todo a los humanos.
- Las dos disciplinas científicas fundamentales que sustentan la “enfermología pública”, epidemiología y administración en salud, explican los riesgos de enfermar y apoyan la normatización y acción preventiva por parte del Estado sobre la “máquina corporal”, pero no aportan mayormente en la interpretación de la vida y la salud y en su construcción y fortalecimiento.
- La excesiva confianza en el poder del Estado para el logro de la salud. El Estado en las sociedades capitalistas tienen como fin fundamental acumular el capital, mientras que en las sociedades estatalistas su fin radica en la acumulación y defensa del poder de las clases dirigentes; en esa medida la salud y la vida son miradas a través de esos cristales, mientras que sus intervenciones persiguen los fines económicos y políticos primarios. Al respecto, recordemos las críticas al Esta-

11. Morgan, G. *Images of Organization, Executive Edition*. California: Sage Publications; 1998.

12. Maturana, H. *La objetividad, un argumento para obligar*. Santiago: Dolmen; 1997.

13. Maestría de Salud Pública de la UNL. 1997-1999. *Plan de Estudios*. Loja: Universidad Nacional de Loja; 1997.

14. Nietzsche, Wiener, Von Glaserfeld, McCulloch, Von Foerster, Maturana, Heidegger, Varela, Echeverría, Foucault, Habermas y muchos otros elaboran propuestas epistemológicas y ontológicas distintas que ofrecen alternativas interesantes para tratar esta problemática.

15. Canguilhem, G. *Ideología y racionalidad nas ciencias da vida*. Lisboa: Edicoes 70.

do por parte de Ivan Illich en su libro *La némesis médica* o aquellas que levanta Enrique Nájera en sus trabajos relacionados con la salud pública.¹⁶

Elementos positivos que aporta la metáfora del “poder de la vida”

La metáfora del “poder de la vida” aporta en múltiples campos:

- Propone y obliga a la salud pública a que reflexione sobre la salud y busque aproximaciones filosóficas alternativas a la dominante, muy centrada en la enfermedad y la muerte. Al respecto, aportes filosóficos más relacionados con la vida y la salud como los de Canguilhem, Piaget, Maturana, Morin, Castiel, por ejemplo, así como otros que vienen desde otros ámbitos, como Atlan, Prigogine, Von Foerster, Stengers, Von Glasarfeld, dan pautas interesantes para posibilitar un enriquecimiento de la salud pública.
- La reflexión alrededor de la salud y no solo sobre la enfermedad, necesariamente, nos lleva a visitar propuestas teóricas y metodológicas diversas de las recomendadas por la epidemiología y la administración en salud tradicionales, tan enmarcadas en la enfermedad y la muerte y en el método positivista.

En este punto es importante discutir sobre algunos aspectos:

Si se plantea que la vida es lo más importante para entender la salud, también es necesario, como hemos mencionado, que se interprete la vida o se ejerza una hermenéu-

tica diferente sobre ella. Si la salud es la capacidad de autonormatizar el buen funcionamiento corporal y psíquico, podremos hablar de una normatividad biológica común para la especie, pero también existirá una normatividad cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. También existirá una normatividad individual propia de cada persona, de su especial historia de vida, personalidad y respuestas a las demandas del medio ambiente. Si es así, la salud pública deberá cumplir un papel de intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

Lo anterior nos lleva a pensar que el método científico positivista basado en la idea de que la verdad es universal deberá dar paso a una propuesta metodológica que también considere las “verdades” particulares y diversas, ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano “instituyen nuevas normas”. En este campo existe un importante debate entre aquellos que sustentan la metáfora del “poder de la vida” a rajatabla y aquellos que aceptan que la salud está determinada por las formas de vida propias de cada grupo y cada persona, pero también está determinada por lo “dado”, esto es, por la estructura ya constituida con que se encuentran los seres vivientes cuando aparecen a la vida.

El método de la salud pública también tendrá que repensar sobre el tiempo, procediendo en forma muy diferente a como lo hace el método positivista que acepta la existencia de una supuesta “eternidad” en las leyes y

una necesidad evolutiva. La metáfora del “poder de la vida” recomienda más bien que se piense en la salud como la capacidad de romper las normas impuestas y construir nuevas normas bajo los requerimientos de adaptación al cambiante mundo. Al respecto Humberto Maturana interpreta que el organismo, para sobrevivir, requiere acoplarse a sus especiales requerimientos organizativos que establecen su propia identidad, para lo cual en ocasiones tiene necesidad de cambiar sus relaciones con el medio. “Todo lo que en los seres vivos ocurre no responde a especificaciones del medio, sino a sus propias determinaciones estructurales. Lo único que el medio puede hacer es ‘gatillar’ determinadas reacciones definidas por la estructura del ser vivo”.¹⁷ En otras palabras, Maturana establece que el acoplamiento estructural entre el organismo y el medio se da cuando el organismo puede producir cambios que son aceptados por su identidad, cambios que serán siempre repetición de su determinación estructural pero constante variabilidad de su especial relación con el medio en ese momento. Cosa similar ocurre en su acoplamiento consensual con los otros seres humanos, con quienes construye el lenguaje y la cultura.

La salud pública, para la metáfora del “poder de la vida”, tiene que necesariamente aceptar la temporalidad y en esa medida está compelida a entender que los planteamientos requeridos para la superación de la salud no se encuentran únicamente en la construcción de una “ciencia” representativa de toda la supuesta verdad y en un Estado o centro intérprete y legislador de toda

normatividad necesaria para lograr la salud, sino que la acción fundamental radica en la constante e infinita normatividad que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y consensual, acción que la salud pública debería constantemente interpretar y reinterpretar. En este campo, también existe un marcado debate entre los que preconizan la metáfora del “poder de la vida” a rajatabla y aquellos que establecen una propuesta más amplia. Para los primeros, lo fundamental es la variabilidad y su concomitante imposibilidad de establecer planteamientos de estabilidad, mientras que para los segundos existe al mismo tiempo la eternidad y la temporalidad; “la eternidad como eterno reinicio”, como nos dice Prigogine¹⁸ o la existencia de “multiversos” como realidades construidas por observadores acerca de un universo real existente, como propone Maturana.¹⁹

La metáfora del “poder de la vida” nos ha llevado a interpretar el futuro en forma distinta a la clásicamente estatuida: esta metáfora no acepta la evolución como un hecho necesario, previamente establecido por las leyes existentes dentro de un universo cerrado. Si la propia vida tiene una capacidad autonormativa o autopoiética, entonces el universo siempre es abierto y la evolución es más bien el resultado de una deriva natural, conforme lo sustentan Varela y Maturana,²⁰ mientras que la sociedad parece ser una “máquina loca”, como lo define Giddens, “que sigue un camino más allá de la gente” y que “es necesario deshacerse de esa idea de una dirección consciente y de un dominio sobre nuestro destino, tal como lo contem-

16. Najera, E. “La salud pública: un sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible”. En: *La crisis de la salud pública*, Washington D. C.: OPS/OMS; 1993.

17. Echeverría, R. *El búho de Minerva*. Tercera edición. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1997.

18. Prigogine, I. E Stengers, I. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo, Editora Schwarcz Ltda.; 1992.

19. Maturana, H. *Ibidem*, p. 26-30.

20. Maturana, H. y Varela. *El árbol del conocimiento*. Novena edición. Santiago: Dolmen; 1993.

plaban los sociólogos clásicos”.²¹ Esto es importante porque cada día aparece con más fuerza la idea de primero mirar el presente para interpretar la vida de los organismos y poblaciones, para explicar la forma en que emergen las normas propias de la sociedad, del organismo o del cuerpo, que entran en conflicto o en acuerdo con aquellas que ya están establecidas en el universo realmente existente: en esa relación los propios organismos y poblaciones generan la potencialidad de cambiar o desintegrarse.

Si la norma se halla ubicada en la vida misma del organismo y en la dinámica o vida social, es difícil recomendar que el presente se supedite a una imagen del futuro elaborada con cualquier teleología de tipo cientificista porque, para las metáforas del “poder de la vida”, todas las predicciones se transforman en previsiones relativizadas por la fuerza de las normas que emergen en el presente por la dinámica de la materia o por la capacidad autopoietica de la vida natural o social. Entonces la seguridad del futuro únicamente será posible construirla a través de la acción que se desarrolla aquí y ahora.

La imagen del “poder de la vida” propone una interpretación diferente, no solo del tiempo, sino también del espacio. La expresión “aquí y ahora” considera la noción de lo local como ámbito privilegiado para el pensamiento y la práctica. En la localidad sería más factible descubrir los rasgos característicos de la vida que se teje como acción interindividual. La concepción de “espacios saludables” posiblemente tiene como fundamento esta aproximación.

La metáfora del “poder por la vida” da un énfasis grande a la acción que había sido dejada de lado por el peso avasallador del “cogito” cartesiano. Descartes propuso: “Pienso, luego existo”, con lo cual nos llevó a creer que más allá del pensamiento, no existía verdad posible ni tampoco se podía accionar sin que el pensamiento presida y preceda la acción; en esta forma, no existía otra racionalidad que aquella ejercida por el pensar ya que cualquier accionar no pensado era necesariamente irracional. Ante el peso de las imágenes del “poder por la vida”, la acción vuelve a tomar fuerza y se reconocen otras racionalidades, como la razón comunicativa preconizada por Habermas. Además, las dicotomías teoría-práctica y sujeto-objeto son cuestionadas y se plantea que “todo conocer es hacer” y “todo hacer es conocer”,²² con lo cual se reconoce que el “pienso, luego existo” es posterior al “acciono, luego existo”, conforme propone Heidegger²³ o al “distingo, luego existo” como habla Von Glaserfeld²⁴. En resumen, las metáforas del “poder de la vida” nos llevan a reconocer y dar importancia a otras racionalidades y en esa empresa, también reconocen que el accionar es racional aun antes de que el pensamiento se haga presente. Si es así, la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción promoción gana una fuerza inusitada, pero no solo como una concepción de promocionar los comportamientos y “estilos de vida” universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoieticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones, con lo cual el carácter “civilizatorio” o mesiánico de la ciencia occidental perdería su puesto para compartir

conocimientos, saberes y prácticas con las otras culturas.²⁵ La ampliación de la razón nos lleva, por otro lado, a reconocer que la “verdad” científica no es necesariamente buena, sino que lo adecuado tiene que siempre ser juzgado por la ética, con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico.²⁶

Si la razón instrumental creada por el pensamiento occidental ya no es aceptada como “la verdad”, sino como una interpretación de la realidad, que es más factible ser descubierta por el accionar humano diverso, local, complejo y temporal, se desprende que para encontrar la “verdad” sobre la salud es fundamental volver sobre la identidad, sobre el sujeto, sobre el organismo. Para Morin,²⁷ el retorno del sujeto entraña comenzar comprendiendo al ser humano en su sí-mismo biológico para interpretarlo, en su auto-ecorganización, lo cual posibilita tratar al ser humano como un ser, una máquina y una computadora. Pero al mismo tiempo que se constituye como un sí-mismo biológico, su yo también le permite construirse a través del lenguaje, la acción y por su principio de exclusión como ser humano individual y ratificar su yo. Por el principio de inclusión, se constituye, en cambio, en un ser social, en un sí-mismo que habla múltiples lenguajes articulados por su yo, el otro, nosotros, el ello.²⁸

Es interesante reconocer que la metáfora del “poder de la vida” propondría compren-

der la salud pública desde la vida misma y no como un riesgo que ocurre por fuera y antes que la “máquina corporal” enferme. El riesgo se internalizaría y se encontraría ubicado en la propia vida del individuo y del grupo, con lo cual la salud pública se imbricaría con el afán de construcción de la identidad individual y colectiva. Una de las maneras de promover la salud radicaría en que la población aprenda a manejar los riesgos, más que querer dominarlo todo, porque lo que con seguridad hemos aprendido en esta época de increíble desarrollo científico es que no es posible controlar las consecuencias imprevistas: Chernobyl, la crisis de los mercados en los países asiáticos, etc. son muestras importantes.

La metáfora del “poder del conocimiento” y la salud pública

El aporte de la ciencia y la tecnología a la salud pública es por demás conocido por todos. Como se ha sostenido en páginas anteriores, la salud pública se constituyó sobre los postulados de la ciencia positivista, la misma que ha permitido obtener los logros a los que nos hemos referido brevemente. No es necesario insistir sobre el mito consistente en que la ciencia solucionará todos los problemas, en todo lugar y en todo tiempo, que nos han acompañado durante estos trescientos últimos años en los que hemos creído que la salud la lograremos por descuento de enfermedad.

21. Giddens, A. Entrevista.

22. Maturana, H. y Varela, F. Op. cit.

23. Heidegger, M. *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.

24. Von Glaserfeld. Distinguishing de Observer. www.oikos.org/vonobserv.htm, 1999.

25. González, M. *Educación, universidad y posmodernidad*. Poligrafiados de la UNL, Loja; 1999.

26. Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS también ha apoyado grandemente en el tratamiento de este tema. El que escribe también ha realizado un módico aporte en el artículo “El sujeto, la ética y la salud”. En: *Salud pública: Experiencias y reflexiones* N° 4. Quito; septiembre de 1997.

27. Morin, E. “La noción de sujeto”. En: *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1994.

28. Rojas, C., Orellana, T. Mera, P. *Los lugares creados por la libertad*. Cuenca: Universidad del Azuay; 1994.

Por otro lado, parece que avanzamos hacia una sociedad global impulsada, entre otros factores, por el avance de la ciencia y los cambios tecnológicos increíblemente rápidos. La oferta de la “enfermología pública” de obtener la salud a través del control de la enfermedad ha tenido, como hemos indicado anteriormente, algunos éxitos de resonancia. No hay duda de que en el momento actual existen países con más “máquinas corporales” menos enfermas y que mueren más tarde, pero también encontramos países donde las “máquinas corporales” siguen portando enfermedades muy antiguas que les llevan a muertes prevenibles y que no se compadecen con el desarrollo de la ciencia y la tecnología actuales. Ésta fue una de las características fundamentales levantada por la mencionada reflexión sobre la “crisis de la salud pública”: el desfase entre lo que la salud pública puede hacer y lo que verdaderamente hace.

El poder para hacer depende, en mucho, del poder del conocimiento y de la tecnología,²⁹ pero lo que verdaderamente se hace en salud pública depende también de otros poderes que han sido tomados en consideración por otras metáforas. Quién sabe, el problema fundamental de la metáfora sobre el “poder del conocimiento” radica en la fe ciega en que la ciencia y la tecnología “hard” resolverán todos los problemas existentes en el mundo.

La salud pública se verá beneficiada grandemente por los inmensos avances que se producen en el momento actual en los ámbitos científicos y tecnológicos. Es conveniente anotar que en esta breve presentación será imposible abordar un tópico tan amplio como el cubierto por esta metáfora, pero vale la pena indicar que posible-

mente dos ámbitos de la ciencia “dura” jugarán un papel clave en el desarrollo de la salud pública, éstos son la informática y la biogenética. La segunda tendrá un papel muy grande en el descubrimiento de las causas de enfermedades y en su prevención, mientras que la primera tendrá un papel muy importante en el accionar de la salud pública.

Con relación a la biogenética, transcribo una admonición hecha por Jeff Lyon y Peter Gorner:

“Nosotros podríamos en unas pocas generaciones librarnos de ciertas enfermedades mentales, tal vez de la diabetes o de la hipertensión arterial o tal vez de cualquier enfermedad que seleccionemos. La cuestión importante que debemos mantener en mente es que nuestra decisión dictamina que lo que escojamos hacer sea sabio y correcto... La forma poco gloriosa en que la élite científica y administrativa está manejando los frutos de la terapia genética es vergonzosa... Nosotros, los humanos hemos evolucionado intelectualmente al punto que, relativamente pronto, estaremos en capacidad de entender la composición, funciones y dinámica del genoma en mucho de su íntima complejidad. Emocionalmente, sin embargo, nosotros somos todavía simios, con todo el bagaje de cuestiones comportamentales que esto trae. Quizás, la forma más sofisticada de terapia genética para nuestra especie deberá ser dirigida a lograr avanzar sobre nuestra herencia básica y aprender a aplicar este nuevo conocimiento sabio y benigneamente”.³⁰

Han pasado escasos cuatro años de la admonición hecha por los dos autores y en este momento ya existe una carrera loca en el ámbito empresarial para lograr a toda costa sustentos legales y financieros para patentar privadamente el genoma humano. Para la “enfermología pública” se abre, con la biotecnología, inmensas potencialidades en el ámbito del poder hacer pero también puede profundizarse la crisis, en este caso ético-financiera en el campo del deber hacer y permanece abierto el cuestionamiento sobre la posibilidad de la aplicación real de los adelantos científicos técnicos en las grandes masas poblacionales y, sobre todo, en los habitantes de aquellos “agujeros negros” que cada día se forman y crecen en el capitalismo informatizado.

El segundo campo de desarrollo científico verdaderamente impactante en estos veinte años hace referencia a la tecnología informática que incluye el “set convergente de tecnología en microelectrónica, computación (programas y maquinaria) telecomunicaciones y optoelectrónica”³¹... “que sin necesariamente rendirse a un relativismo histórico, puede decirse que la revolución tecnológica de la informática fue cultural, espacial e históricamente contingente a un especial manejo de circunstancias cuyas características diseñaron su evolución futura”.³²

La salud pública tendrá necesariamente que incorporar los avances de esta tecnología informática, cuyas características, de acuerdo a Carlota Pérez,³³ son las siguientes:

- “Tecnologías para actuar sobre la información”, es decir, la información constituye

su materia prima. No como sucede en otras modalidades en que la información sirve para actuar sobre la tecnología.

- La posibilidad de diseminarse rápidamente en todos los campos de la vida social, política y económica.
- “Lógica de red”, donde la interacción de diferentes nodos que se interconectan abren inusitados e infinitos procesos creativos.
- “Flexibilidad”. La lógica de red puede estructurar lo desestructurado manteniendo la flexibilidad. “Los procesos no son solamente reversibles, sino que las organizaciones e instituciones pueden ser modificadas, y aun fundamentalmente alteradas por rearreglo de sus componentes”.³⁴
- “La convergencia de tecnologías específicas en un sistema altamente integrado”. Así la microelectrónica, las telecomunicaciones, la optoelectrónica y las computadoras se combinan en un sistema informático que también entra en clara relación con la biotecnología. Los grandes progresos alcanzados en estas dos últimas décadas en biotecnología no hubieran sido posibles sin la informática, pero también la microelectrónica se ha alimentado del uso de material biológico y sobre todo la cibernética ha avanzado al analizar la lógica de lo viviente³⁵. Este último punto tiene especial importancia y entra en contacto con la metáfora del “poder de la vida” que abordamos en párrafos anteriores.

29. Tecnología como “el uso del conocimiento científico para especificar maneras de hacer cosas en una forma reproducible”. Definición de Harvey Brooks en “Technology and Ecological crisis”. Mencionado por Castells, M. *The rise of network society*. Oxford: Blackwell; 1996.

30. Lyon, J. and Gorner, P. *Altered Fates: Gene Therapy and the Retooling of Human Life*. New York, W. W. Norton; 1995 (Traducción: E. Granda).

31. Castells, M. Op. cit., p. 30.

32. *Ibidem*, p. 52.

33. Pérez, C. *Structural change and the assimilation on new technologies in the economic and social systems*. *Futures*, 15:357-75; 1983.

34. Castells, M. Op. cit., p. 62.

35. Von Glaserfeld, E. *Cybernetics and the art of living*. www.oikos.org, 1998.

La tecnología de la informática abre para la salud pública un campo de inmensas perspectivas. Las nuevas formas organizativas que preconiza la lógica en red, posibilitan encontrar maneras inéditas de comunicación entre los distintos nodos y propone formas de gobierno y acción más democráticas. Si la promoción de la salud pasa a ser una propuesta fuerte en la salud pública, es posible que la informática pueda ser usada para interconectar experiencias diversas, temporales, locales que persigan la forja de normas basadas en la vida en sus variadas expresiones. Las aplicaciones de estos hallazgos en el área gerencial certifican la gran capacidad de difusión de los avances de la informática; así también es posible que en la salud pública puedan introducirse grandes cambios que posibiliten configurar una administración de acciones constructoras de salud y no solamente dinamizar la administración de servicios de atención a la enfermedad con miras a lograr la salud del dólar.

Es importante reflexionar sobre el hecho que la tecnología en sí, como dice Melvin Kranzberg, “no es ni buena ni mala, tampoco es neutra”³⁶, razón por la que la salud pública podrá utilizarla adecuadamente en la medida en que se la ponga al servicio de lo humano.

La metáfora del “buen poder político” y la salud pública

A partir de la década de los setenta, la izquierda política generó en América Latina una fuerte y profunda crítica a la “enfermología pública” de naturaleza distinta a la que hemos descrito en las dos metáforas anteriores. Su preocupación radicaba fundamentalmente en denunciar las limitaciones del Estado capitalista en su explicación del riesgo y en su propuesta preventivista.

Para la metáfora del “buen poder socialista”, el Estado capitalista se mueve en una contradicción básica, ya que por un lado intenta garantizar la reproducción ampliada del capital y por otro cumple una función legitimadora del régimen de explotación, la misma que es ejecutada a través de la representación subordinada de los intereses de las clases subalternas.³⁷

Para las versiones más “tradicionales” de la metáfora del “buen poder socialista”, la problemática fundamental en la salud pública no radica en su eje filosófico-teórico que gira alrededor de la enfermedad y la muerte, conforme denuncia Foucault y la fenomenología, tampoco radica en las limitaciones científicas, sino fundamentalmente en la ubicación y forma de ejercicio del poder. Para otras versiones, las limitaciones no se reducen únicamente al manejo del poder, sino también a la pobreza de la teoría epidemiológica tradicional y a las limitaciones conceptuales relacionadas con la organización de la respuesta social en el campo de la salud, las mismas que no logran superar una visión eminentemente biológica en la primera y utilitarista en la segunda, razón por la que recomienda visitar los campos de la determinación social.

Si el poder pasa desde los dueños del capital hacia los representantes de la voluntad de las clases subalternas, aquello posibilitará una ampliación de coberturas, eficiencia y eficacia de los servicios de salud, consecuente con las aspiraciones de las mayorías, se avanzaría en la propia profundización de la teoría y la práctica de la salud pública, la misma que se depurará de sus contenidos negativos, se logrará un mayor control social y se construirá ciudadanía en salud, al mismo tiempo que se avanzará en la forja de un Estado que brindará beneficios más equitativamente. En última instancia, la teoría básica

de la salud pública es aceptable, pero puede ser mejor a través de la presencia y empuje de la voluntad popular. La salud pública debe ayudar a construir el buen Estado y el buen ciudadano, que a su vez ayudará a construir la buena salud pública y el buen Estado.

Lo anterior, que no constituye sino una caricatura de los rasgos más salientes de esta metáfora, se diversifica y amplía produciendo importantes aportes en todos los campos de la salud pública:

- En el ámbito de la epidemiología se avanza en el estudio de los determinantes sociales, económicos y políticos sobre las enfermedades. Las diferencias en las tasas de enfermedad de acuerdo a modos de producción, clases sociales, perfiles reproductivos son aportes fundamentales. La categoría trabajo es ampliamente analizada y pasa a formar parte en la investigación epidemiológica y en los estudios sobre práctica y saber en salud.
- En el ámbito de las políticas y acciones en salud se establecen sus limitaciones cuando están supeditadas al patrón de acumulación dominante en el capitalismo o a las formas de dominación vigentes.
- El saber en salud no cumple con las necesidades sociales por razones de la alienación y supeditación a la ideología capitalista.

De lo que se trata es de liberar el pensamiento y la acción en salud del férreo bloqueo producido por el desarrollo capitalista vigente. En esa medida, la salud pública tiene que ayudar a ese cambio, puesto que el cambio social, a su vez, posibilitaría la constitución de una salud pública más científica, equitativa y democrática. Es importante anotar que esta metáfora se basa en el trípode clásico: filosofía de la conciencia, filoso-

fía de la historia y paradigma productivista con su respeto a la razón instrumental medio-fin.

Como dice Cristina Laurell, “resulta pertinente hacer notar que estas corrientes de pensamiento no han cuestionado los derechos sociales y las obligaciones públicas o estatales que de ellos se desprenden; no han propuesto una reducción de los beneficios sociales a un mínimo indispensable para la supervivencia, ni han concebido la satisfacción de las necesidades sociales como una responsabilidad privada. Su crítica tiene un fondo ético y humanista ya que objeta que el bienestar social y la salud se conviertan en un medio de la economía y de la ganancia capitalista, o bien en un simple instrumento político. Sostienen que el bienestar social y la salud son fines en sí mismos y constituyen un objetivo societal de máxima prioridad.”³⁸

La crisis económica de la década de los 80 posibilita el apareamiento de la nueva metáfora del “buen poder del mercado” que basa su discurso en que el mercado es la solución para la crisis porque constituye el espacio que mejor satisface las necesidades y redistribuye la riqueza. En esa medida, lo que se tiene que hacer es levantar aquellas trabas que impiden su buen funcionamiento, es decir, todos aquellos elementos que conforman el Estado de bienestar social.

La solución consiste en fortalecer el mercado, impulsar la competencia y profundizar el individualismo, para lo cual es fundamental reducir el papel del Estado en el bienestar social, incluida la salud. El Estado debe retirarse del bienestar social porque aquello pertenece al ámbito de lo privado: la familia, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. El Estado solo debe hacerse cargo de lo público, ahora interpretado como lo que tiene externalidades: en el campo de la salud serán aquellas enfermedades que

36. Kranzberg, M. “The information age: evolution or revolution?”, mencionado por Castells, M. *The Rise of the... Op. cit.*, p. 64.

37. Laurell, C. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Era; 1997.

38. *Ibidem*, p. 14-15.

“salen” del ámbito personal o individual y que pueden producir problemas a otras personas o individuos, como las enfermedades infecciosas. Dentro de lo público también son clasificados los bienes que al ser consumidos por una persona no se agotan, como el aire. El Estado debe, además, brindar servicios a los comprobadamente indigentes.

La anterior propuesta constituye un golpe de gracia a la “enfermología pública”, ya que la metáfora del “Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos” estaría en proceso de disolución. Lo público deja de ser un derecho constituido por un acuerdo social sobre el bien común y se transforma en un hecho empírico, medible y confirmable a través de la ciencia positivista; así reducido lo público, tan solo queda como una externalidad, mientras que la propuesta de lograr la salud por descuento de la enfermedad a través del Estado pasa a ser responsabilidad del mundo privado y de las organizaciones de la sociedad civil.

La metáfora del “buen poder del mercado” propone entonces remercantilizar los servicios de salud y fundamenta sus razones en la “escasez de los recursos públicos, en la inequidad e ineficacia del sector público... y en el ataque a los grupos organizados de la sociedad, en especial a los sindicatos o a las corporaciones, con el argumento de que ejercen una presión ilegítima sobre los gobiernos para apropiarse de una parte desproporcionada de los fondos públicos y generar así la inequidad”.³⁹

Si la metáfora del “buen poder socialista” produjo importantes avances en diferentes ámbitos de la salud pública, todavía no es posible hablar de los aportes de la metáfora del “buen poder del mercado”. Hasta el momento, lo que encon-

tramos es el debilitamiento de las instituciones públicas que anteriormente sirvieron para el ejercicio de la “enfermología pública”, la reemergencia de enfermedades olvidadas y el avance de otras ligadas con el desarrollo “moderno”, una mejoría de la “salud” del dólar al haber logrado introducirse en ámbitos que anteriormente no se encontraban colonizados por la competencia y la ganancia, y una falta de respuestas alternativas dirigidas a lograr la salud a través del impulso de formas de vida saludables.

La salud pública en el nuevo mundo

Manuel Castells, en su libro *El fin del milenio*, tercer tomo de la *Era de la información: Economía, sociedad y cultura*, afirma lo siguiente: “Un nuevo mundo está tomando forma en este fin del milenio. Se originó en la coincidencia histórica, en los últimos años de la década de los 60 y los mediados del 70, de tres procesos *independientes*: la revolución de la tecnología informática, la crisis económica tanto del capitalismo como del estatismo, y su subsecuente reestructuración, y la aparición de movimientos sociales culturales tales como el libertarismo, derechos humanos, feminismo y ambientalismo. La interacción entre estos procesos, y las reacciones que estos gatillaron, dieron a luz una nueva estructura social dominante, la sociedad en red; una nueva economía, la economía informacional/global; y una nueva cultura, la cultura de la realidad virtual. La lógica embebida en esta economía, esta sociedad y esta cultura definen la acción social y las instituciones a través de un mundo interdependiente”.⁴⁰

Este nuevo mundo tiene impactos profundos sobre la teoría y la práctica de la salud pública. El análisis de todas las repercusiones constitu-

ye en sí un trabajo inmenso, razón por la que intentaré establecer tan solo aquellos aspectos que, interpreto, tienen más repercusión sobre la salud de la gente y la salud pública, considerada como práctica social/disciplina/acción estatal.

- Las relaciones de producción en este nuevo mundo del capital han cambiado: la productividad y la competencia son los ejes fundamentales; la productividad basada en la innovación, la competencia en la flexibilidad. La tecnología informática cumple el papel fundamental en la constante innovación, donde los recursos humanos tienen que mantenerse en constante cambio para cumplir con los requerimientos innovativos. La educación posibilita al trabajador reprogramar su conocimiento constantemente para dar cuenta de las cambiantes demandas del mercado y del proceso de trabajo. Quien no puede hacer esto, se transforma en un “terminal humano”,⁴¹ que puede ser sustituido por una máquina con el consecuente incremento de desocupación y fragmentación del trabajo.

En el industrialismo, el desempleo fue solucionado en los países centrales a través del Estado benefactor y las reivindicaciones fueron llevadas a cabo por los sindicatos y organizaciones gremiales. En este momento de flexibilización, debilitamiento del Estado benefactor y ruptura de solidaridad, el problema se hace más complejo porque desaparecen los espacios e instituciones históricamente encomendados a responsabilizarse por la enfermedad pública y también se rompen los lazos de solidaridad necesarios para generar ámbitos de defensa de la vida y

la salud. Éste es un primer aspecto que tiene que ser tomado en consideración por la salud pública.

El capitalismo informatizado no solo genera desocupación sino que también produce inmensos bolsones de exclusión social e indigencia que, como Castells afirma, constituyen verdaderos “agujeros negros” que son completamente innecesarios dentro de la red de producción y competencia. Este “cuarto mundo” es posible encontrarlo no solo en los países “subdesarrollados” sino también al interior de las zonas no apetecidas por el capitalismo informatizado de los países del mundo “desarrollado”. Junto a esta problemática, en el capitalismo informatizado cada día aparecen nuevas redes de comercio criminal que cubren más áreas y poblaciones, debido a lo cual es posible hablar de una globalización de la violencia y del delito; al respecto, los aportes de Saúl Franco en este campo son muy aleccionadores.⁴²

El nuevo mundo, del que estamos hablando, está produciendo sin lugar a dudas un incremento de la inequidad social, polarización de las poblaciones y creciente exclusión social. Por otro lado, uno de los aspectos más salientes de la época es la separación cada vez más abismal entre la lógica de la red de flujo del capital y el mundo cotidiano de los trabajadores y masas poblacionales, razón por la que Castells acusa una nueva y compleja contradicción entre la red y la identidad (*net and self*), que está llevando a que los “excluidos construyan su mundo al margen de los excluyentes”.⁴³

39. *Ibidem*, p. 18.

40. Castells, M. *The Information Age: Economy, Society and Culture*, volume III, *End of Millenium*. Oxford: Blackwell; 1998, p. 336. (Traducido por E. Granda).

41. *Ibidem*, p. 340.

42. Franco, S. “Dimensiones internacionales de la violencia en Colombia”. En: *Cuadernos médico sociales* 73: 81-99; mayo de 1988.

43. Castells M. *The Rise of the Network...* Op. cit., p. 3.

- El Estado, como habíamos indicado en párrafos anteriores, entra en una profunda crisis; su autoridad y legitimidad son cuestionadas y se debilita su carácter soberano. El Estado deja de ser el representante de la nación para más bien transformarse en un intermediador estratégico⁴⁴ entre el capital globalizado, las instituciones internacionales y multilaterales y los poderes regionales y locales descentralizados. El poder estalla, se difumina el Estado-nación y aparecen nuevos actores que intentan desesperadamente defender sus reivindicaciones privadas y grupales contra otros individuos y grupos; unos buscando apoyo en los poderes multinacionales, mientras que otros pueden encontrarlo en los gobiernos nacionales y los de más allá en los gobiernos locales (recordemos lo que sucede en Kosovo).

Parece que el poder ha desaparecido, pero no es así, ha estallado y se ha afincado en la cultura diluyendo o debilitando las formas organizativas anteriores: partidos políticos, gremios clasistas y expresiones ideológicas. En sustitución han aparecido movimientos estratégicos de diferentes “jugadores” que apuntan ganar o defender; líderes que supuestamente encarnan aspiraciones populares, que logran comprender los códigos culturales a través de los que la gente y las instituciones entienden su vida y llevan a cabo decisiones. De la época en la que el poder se hallaba acumulado en las instituciones políticas, pasamos a un mundo donde el poder está en el propio flujo, el mismo que puede ser capitalizado por líderes que en-

tienden su movimiento y pueden al mismo tiempo interpretar la cultura de las masas. Pero ese poder que se hace presente en la cultura y se asienta en la arena de la comunicación de masas, donde se encuentran los actores sociales, las instituciones y los movimientos culturales, es a su vez movilizado por la dinámica de la red de acumulación de capital que también es una red de flujo de información y manipulación de símbolos.

La salud pública, habíamos dicho, es una práctica social/disciplina/acción estatal. ¿Dónde queda la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud? Creo que esta pregunta está parcialmente contestada en el breve análisis que cumplimos cuando abordamos la metáfora del “buen poder neoliberal”. Habíamos dicho que el Estado, en este momento, se responsabilizaría de los servicios para los comprobablemente indigentes y también reconoce su responsabilidad sobre las externalidades. Lo demás, es decir, la obligación por velar por la salud y la enfermedad del público desaparece o se debilita, pero algunos componentes podrían volver a ser preocupación pública en la medida que pasen a ser elementos de importancia estratégica dentro del teatro político, pero, para entrar al “tablado”, requerirán ser bien apreciados en el “bazar” de la red de capital financiero internacional. Es cierto que no desaparece el Estado-nación, pero también debemos reconocer que pierde su poder al debilitarse su soberanía; en otras palabras, el Estado ya no puede decir qué acciones de salud pública deben ser o estar presentes,

pero sí puede influir ante las macrofuerzas supranacionales y ante las microfuerzas subnacionales para que acepten su inclusión. Sin lugar a dudas, el Estado juega un buen papel intermediador en el flujo del poder supra-subnacional, pero dejó de ser el poder y pasó a ser uno más.

Ante esa realidad, es más adecuado pensar en que la salud pública pueda transformarse en una práctica social/disciplina/potencial poder en el flujo, donde el Estado es un nodo más y muy importante. Con esto no queremos decir que el Estado ha dejado de tener obligaciones sobre la salud de la población, sino que ante la pérdida de su poder y soberanía, el cumplimiento de sus deberes depende de la aceptación de las fuerzas supra y subnacionales. En esa medida, los esfuerzos realizados por la Organización Panamericana de la Salud para definir las “funciones esenciales de la salud pública”⁴⁵ y el papel del Estado tienen plena vigencia, porque es muy importante tener claro lo que el Estado debe hacer, el problema radica en encontrar los poderes o palancas que puedan viabilizar la acción del Estado-intermediador-estratégico en su juego político y negociación con los poderes supra e infranacionales. Interesante paradoja: para Hobbes, Rousseau, Locke, el Estado es el poder y el mercado es un espacio de negociación; ahora el mercado y los actores supra e infranacionales son los que tienen el poder, mientras que el Estado debe aprender a negociar.

Al respecto, la OPS define en su documento *Las funciones esenciales de la salud pública* las siguientes prácticas sociales:

- Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida.
- Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud.
- Generación de inteligencia en salud;
- Atención a las necesidades y demandas en salud.
- Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados.
- Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

Para cada una de estas prácticas sociales existen funciones esenciales y el Estado tendría ciertas atribuciones que, por lo general, son de carácter intermediador. Como ejemplo tomemos la práctica social de desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud que es una preocupación que correspondería a la metáfora “poder de la vida” y atención a las necesidades y demandas de salud, que corresponde a la metáfora “poder del conocimiento” y analicemos sus funciones y atribuciones.

44. “Las formas emergentes de gobierno de los mercados internacionales y otros procesos económicos envuelven la mayor parte de gobiernos nacionales pero en un nuevo rol: los estados pasan a funcionar no tanto como una entidad ‘soberana’ y más como componentes de la ‘política’ internacional. La función central del Estado-nación llegará a ser aquella de proveer legitimidad y asegurar el buen funcionamiento (accountability) de los mecanismos de gobierno supranacionales y subnacionales. Hirst, P. and Thompson, G. *Globalization in question: the International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge: Polity Press; 1996.

45. Organización Panamericana de la Salud. *Las funciones esenciales de la salud pública*. Washington D. C.: OPS/OMS; 1998.

Práctica social	Funciones esenciales de la salud pública	Principales atribuciones del Estado	Función rectora del Ministerio de Salud
Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud.	<ul style="list-style-type: none"> Promover el respeto a la vida, la salud como valor y la equidad de oportunidades. Promover la participación, el control y la responsabilidad de los individuos, comunidades y organizaciones sobre lo que afecta su salud. Afirmar y defender los derechos individuales y colectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> Formular una política nacional de salud de carácter supraseductorial. Establecer los objetivos nacionales de salud. Legitimar y apoyar los intereses y la movilización de la sociedad civil en salud. Favorecer la participación activa de la sociedad civil en la formulación de las políticas de salud. Acción intersectorial en salud a los niveles local, regional y central. 	<ul style="list-style-type: none"> Conducción Modulación del financiamiento
Atención a las necesidades y demandas en salud	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar el acceso universal a servicios de salud integrados, continuos y de calidad. Asegurar una organización integrada, eficiente y responsable del sistema de salud. Asegurar la infraestructura necesaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la importancia financiera y los roles respectivos de los sectores público y privado, y entre los niveles central y descentralizados. Determinar el equilibrio adecuado entre los tipos de servicio: institucional/comunitario/ recuperación/prevenición/promoción; Establecer una política de desarrollo de tecnologías para la salud. Formular una política de desarrollo de infraestructura, con énfasis en los recursos humanos y financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> Conducción. Articulación de la provisión. Modulación del financiamiento. Garantía del aseguramiento. Regulación.

Tomado de *Funciones esenciales de la salud pública* (OPS/OMS)

Todas las atribuciones del Estado son de naturaleza intermediadora y aún en su función de atención a las necesidades y demandas en salud, que constituyó para el Estado benefactor uno de sus deberes, llega a un máximo de garantizar el aseguramiento. En la práctica referida al desarrollo y fortalecimiento de una cultura de vida y salud, se reconoce como función esencial de la salud pública “Afirmar y defender los derechos individuales y colectivos” relacionados con esta práctica, pero en ningún momento el Estado tendría el deber de hacer cumplir dicho derecho. ¿Quién hace cumplir ese derecho? ¿Es posible que aparezca una fuerza que sustituya al débil Estado?

“Gobernar un país consiste hoy, ante todo, en hacer que su organización económica y social sea compatible con las exigencias del sistema económico internacional, en tanto las normas sociales se debilitan y las instituciones se vuelven cada vez más modestas, lo que libera un espacio creciente para la vida privada y las organizaciones voluntarias. ¿Cómo podría hablarse aún de ciudadanía y de democracia representativa cuando los representantes electos miran hacia el mercado mundial y los electores hacia su vida privada?”⁴⁶

El poder de la identidad: ante el reconocido debilitamiento del Estado frente a la salud pública y ante su transformación en intermediador, se requiere encontrar un elemento vicariante que pueda llenar el vacío de poder dejado por el Estado. Este poder podría hallarse en gestación en aquellos grupos de excluidos que constituyen su identidad al margen de los excluyentes y que se

van conformando como nuevos movimientos sociales.

“El espacio social y político se vacía o se desploma, dominado por un lado por las realidades técnicas y económicas y, por el otro, por la presión de los nacionalismos o los integrismos y los problemas de la vida diaria”⁴⁷ nos dice Touraine. A primera vista parece que lo que plantea el autor no fuera verdad, parece más bien que estaríamos viviendo en un mundo hecho exclusivamente de “mercados, redes individuos y organizaciones estratégicas, aparentemente gobernados por patrones de ‘expectativas racionales’, excepto cuando estos ‘individuos racionales’ inesperadamente disparan a su vecino, violan una niña o lanzan gases tóxicos en una estación de metro”.⁴⁸

Los dos extremos: una sociedad totalmente organizada por obra y gracia de la racionalidad instrumental, el “mundo feliz” de Huxley, y en el otro extremo los claros signos de un total desenfreno, violencia y pérdida de humanidad. Pero también es posible encontrar otras expresiones de identidad que se han formado a través de la resistencia y que actualmente pasan a conformar identidades proyectivas que intentan organizar nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas de globalidad. Me refiero a los movimientos de resistencia feministas que ahora se proyectan como movimientos genéricos que proponen formas generales de vida más humanas, que luchan porque las diferencias de género no se transformen en inequidades. Movimientos genéricos que proponen políticas de carácter personal, donde lo privado y lo público borran diferencias. También me refiero a movimientos nacionalistas que caminan hacia la

46. Touraine, A. *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: El destino del hombre en la aldea global*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998, p. 13.

47. *Ibidem*, p. 297

48. Castells, M. *The Power of Identity*. Oxford: Blackwell; 1997.

construcción de instituciones políticas y nuevas formas de soberanía. Movimientos étnicos que, habiendo nacido desde la resistencia a la opresión, convocan más tarde a otras identidades también dominadas. Medioambientalistas que se engarzan en luchas ecológicas más amplias y plantean la integración de la humanidad con la naturaleza. Movimientos religiosos que buscan la realización individual en el absoluto, pero también intentan ver al otro y comprender sus aspiraciones. Nuevos movimientos obreros que hacen propuestas organizativas y políticas más autónomas.

Los nuevos movimientos sociales buscan construir sujetos que puedan integrar en su vida su yo con todo su recuerdo cultural, pero también puedan ver al otro, construir un nosotros y luchar contra la opresión. Plantean integrar lo subjetivo con lo objetivo, unir la cultura y la ciencia para la vida, mientras no aceptan el dominio de la vida por la ciencia y la técnica. Oponen la cultura dominante de la realidad virtual con su propio recuerdo y experiencias; definen y defienden su espacio contra la lógica de la ausencia de espacio que caracteriza esta época y usan la información tecnológica para la comunicación horizontal mientras se niegan a desarrollar una nueva idolatría alrededor de la tecnología.

El capitalismo informatizado excluye todo aquello que no pueda participar en su lógica y movimiento, por esto la red financiera internacional excluye con creciente fuerza cada vez más vida humana que no puede apoyar la productividad y la innovación. Volvemos a vivir aquello que experimentamos al inicio de la revolución industrial, cuando el maquinismo se transformó en un sediento consumidor de sangre de obreros, madres, viejos y niños. En ese tiempo, el movi-

miento obrero logró aminorar el impacto avasallador del capital y planteó sus reivindicaciones que fueron también oídas en la “casa de la salud” ante lo cual se planteó la necesidad de la medicina estatal⁴⁹ para detener las epidemias de cólera y otras enfermedades.

Parece que en este momento hablan y gritan con más fuerza las “tribus” excluidas que intentan transformarse en sujetos sociales, públicos organizados o movimientos sociales. “Tribus” que en un comienzo oponen y resisten la agresiva exclusión por parte de la red, más tarde construyen su identidad al margen de esa red excluyente y, por último, muchas de ellas proponen y convocan a buscar salidas más solidarias. Siempre parten de sentires diversos, hablan lenguajes distintos, se mueven con racionalidades diferentes, pero todos esos sentires, lenguajes, racionalidades y acciones surgen de su experiencia inmediata vulnerada, de su mundo comunal amenazado, de su vida diaria conflictuada, de sus identidades desgarradas.

El industrialismo tuvo que interpretar el lenguaje del movimiento obrero y en esta forma pudo crear una época, en la que fue posible construir un tipo de sociedad, en la que los derechos sociales se encontraban presentes como responsabilidad del Estado y donde la respuesta social en salud se organizó a través de aquella “enfermología pública” de la que hemos hablado.

En esta época de capitalismo informatizado, necesitamos escuchar con más atención las voces de los movimientos sociales para reconstruir nuestra salud pública con mayor pertinencia; al hacerlo, podríamos conformar una respuesta un tanto diferente a la que estuvimos acostumbrados a mirar y quizás un tanto cercana a la metá-

fora del “poder de la vida” que hablamos al inicio de esta presentación. Esta salud pública surgiría desde lo local, del mundo del presente, respetaría lo temporal, intentaría comprender lo complejo, no desearía lo diverso, daría un gran valor a lo autopoietico, reconocería varias racionalidades, y entre ellas la científica (metáfora del “poder del conocimiento”); tendría un eje ético muy fuerte, con lo cual apoyaría el fortalecimiento de los movimientos sociales⁵⁰ con los que, a su vez, podría presionar con más fuerza al Estado intermediador estratégico y enfrentar las presiones de los poderes supra y subnacionales (metáfora del “buen poder socialista”), para vivir un mundo más humano y no necesariamente para tomar el poder del Estado (nuevamente metáfora del “poder de la vida”).

Quien sabe que lo anterior estaba sucediendo desde hace mucho tiempo, sino que ahora esas experiencias han adoptado nombres llamativos y “serios” tales como “Municipios Saludables”, “Frentes por la Salud y la Vida”, “Consejos Locales de Salud”, “Organizaciones por la Salud y la Naturaleza”, etc., los mismos que actualmente constituyen “tribus” que defienden su salud y que en muchas ocasiones ya han convocado y

unido a otros actores y pretenden transformarse en “públicos por la salud”.⁵¹ La salud pública también se ha innovado en los propios movimientos de mujeres, de derechos humanos, de defensa del ambiente, etc., que, sin ese apelativo, han aportado para la salud mucho más que los que hemos estado introducidos en el “estuche duro” de la “enfermología pública”.

Si lo anterior es una realidad aceptable, estaríamos hablando de una salud pública que está construyéndose sobre un trípode diferente:

1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida.
2. Un método que integra diversas metáforas, que hace variadas hermenéuticas (interpretaciones) pero con un importante peso de la metáfora del “poder de la vida”.
3. El poder de la identidad: el poder del individuo, de la “tribu” de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, conminan al Estado a cumplir su deber y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

49. En 1842, Edwin Chadwick publicó en Inglaterra su libro *General report on the sanitary conditions of the labouring classes of Great Britain* y, en 1871, se organizó un primer curso de posgrado en Medicina Estatal. Para más información revisar Fee, E. and Acheson, R. *A History of Education of Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1991.

50. Paulo Buss habla de la movilización de la sociedad y de la construcción de alianzas pro-salud y calidad de vida. Buss, P. “Enfoques prioritarios en salud pública”. En: *Funciones esenciales de la salud pública. Retos para el desarrollo de los recursos humanos frente a la reforma sectorial*. Quito: MSP, OPS/OMS, CEPAR; (en prensa).

51. Hevia, P. “De la salud pública a los públicos por la salud”. *Salud pública: reflexiones y experiencias* N° 5, Quito; marzo de 1997.

Artículo 9

Salud: globalización de la vida y de la solidaridad*

*¿Hacia dónde se mueve ahora? ¿Hacia dónde nos
movemos nosotros?
¿Lejos de todos los soles? ¿No estamos en una
caída sin fin?
¿Vamos hacia atrás, hacia un lado, hacia adelante,
hacia todos los lados?
¿Hay todavía un arriba y un abajo? ¿No erramos
como a través de una nada infinita?
Nietzsche*

Un inmenso honor para mí compartir con ustedes ideas, angustias y esperanzas en esta primera sesión inaugural del XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud y VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Solamente la inmensa generosidad de los organizadores de este evento y el entramado de cariño y solidaridad que se teje en el trabajo y sueños conjuntos en la ALAMES y la IAHP hacen que me encuentre tratando de abordar los complejos dilemas hilvanados en la *globalización, la reforma y la equidad en salud*, en reminiscencia del maestro y compañero Juan César García y en la bella, solidaria y ejemplar Cuba.

Para hablar de lo global es mejor hacerlo desde lo local, tan es así que Robertson (Robertson. 1992) habla de *glocalización* como noción que describe en mejor forma la potencialidad de participar en el convite global manteniendo siempre nuestra historia, cultura y políticas locales. Es interesante analizar la globalización desde

Cuba, país que desde hace mucho tiempo está convencido en dar una especial forma y contenido a su realidad y a sus relaciones autonómicas con el mundo. El pueblo cubano, para cumplir con ese objetivo, ha decidido recordar el ayer, resucitar sus muertos, oír sus consejos, rescatar su cultura y sus costumbres, creer en la vida y en el ser humano (Castro. 2000, p. 3), con lo cual ha podido profundizar su interlocución con la ciencia, con la técnica y con sus convicciones para forjar la argamasa del presente y definir sus posibles “condiciones de desarrollo y de vida” (Céspedes. 1996, p. 11).

Pero Cuba cuenta también con otra característica especial. En la mochila de sus recuerdos posee un 1959 en cuanto ruptura integradora; momento en el cual dice ¡basta!, e inicia un proceso de exorcismo de los demonios del ayer, afilia las voluntades de todos sus hijos, descubre y desarrolla sus potencialidades internas, neutraliza los obstáculos externos y decide parecerse a sí misma. La historia de los pueblos tiene momentos de reflexión-acción importantes que los llevan a reencontrarse con Parménides y Tales de Mileto al preguntarse por su realidad, y a conversar con Pitágoras con miras a definir su patrón organizativo. Estos momentos se caracterizan, entre otros elementos, porque la gente descubre su propia forma de autoorganizarse y propone su autonomía que al mismo tiempo es autodependencia (Morin. 1994, 1997). Éste es

* Conferencia Juan César García, presentada en el “XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Globalización, Reforma y Equidad en Salud, Construyendo una agenda política en defensa de la salud”, en La Habana, julio 3 al 7 de 2000. Las discusiones, sugerencias y aportes entregados por Max González, César Hemida, Roberto Sempértegui, Julio Suárez y Sebastián Granda fueron esenciales para la elaboración de este trabajo. Muchas de las ideas depositadas en este documento las debo a ellos, mientras que los errores pertenecen a quien figura como autor.

el valor de encontrarnos en Cuba hablando sobre globalización, porque este país constituye, al mismo tiempo, un ejemplo invalorable de *globalización*, donde se conjugan con mucha fuerza la equidad y la solidaridad.

Pero también es importante que solicitemos la presencia del maestro Juan César García durante el desarrollo del evento. Él siempre consideró que lo particular y lo coyuntural tienen relaciones y determinaciones más amplias, razón por la que, para comprender la parte, era indispensable explicar el todo. Recordemos tan solo como ejemplo de lo que estamos diciendo su trabajo *La articulación de la medicina y la educación en la estructura social*, donde plantea que "... la concepción y la proposición de alternativas educacionales y médicas no surgen por un simple juego de pensamiento, sino tienen la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas y en las relaciones de los hombres entre sí" (García. 1994). Juan César reconoce, entonces, en su producción el carácter global de los procesos, pero al mismo tiempo resalta la necesidad de tomar en consideración lo subjetivo: "... las categorías en el campo de la salud... no solo tienen un significado objetivo, sino también una historia objetiva y subjetiva" nos dice, "una historia objetiva, porque ciertas categorías presuponen un estado específico de evolución del movimiento de la materia"; (mientras que) "la historia subjetiva de las categorías está en su descubrimiento por parte del conocimiento humano" (García. 1994, p. 151).

El maestro nos lega un pensamiento sólido y amplio que es de gran valor para explicar la coyuntura que vivimos. Es obvio que han ocurrido muchos cambios desde junio de 1984, cuando escribe su último artículo *Ciencias sociales en salud en América Latina: Juan César García entrevista a Juan César García*, y es cierto que nuevas categorías han surgido producto de la propia evolución de la materia y de la generación de nuevas formas de imaginar la realidad, pero el legado de Juan César es por demás importante

para proponer nuevas metáforas relacionadas con el hacer y el conocer en el ámbito de la salud colectiva.

Al mismo tiempo que saludamos la presencia de Juan César en nuestro recuerdo, también agradecemos la compañía de Miguel Márquez, Giovanni Berlinguer, Francisco Rojas Ochoa, José Teruel y muchas otras figuras solidarias con quienes el maestro delineó el entramado de la medicina social. La continuidad de su vida y lucha es indispensable guía para nuestra proyección futura.

Este evento discutirá sobre la globalización, la equidad y las reformas con miras a proponer una Agenda política en defensa de la salud. Los distintos expositores y participantes durante el desarrollo de las áreas temáticas y talleres nos apoyarán en el afán de ampliar y profundizar nuestro conocimiento sobre los mencionados tópicos, lo cual me exime de la responsabilidad para enfrentar dicho reto. Además, las dimensiones y la complejidad de la problemática planteada sobrepasan con creces las limitadas posibilidades teóricas y prácticas personales.

Acogiéndome a estas realidades, considero que lo más adecuado podría consistir en observar por un momento lo que sale de la "caja de Pandora" de la globalización, analizar algunos de sus impactos sobre la equidad y la salud, y encontrar términos fuertes que apoyen nuestro conocimiento y acción en salud colectiva. Personalmente considero que las palabras fuertes vida, ética, política y solidaridad posiblemente siguen siendo las viejas compañeras para este viaje por los oscuros y peligrosos desfiladeros de la globalización. La vida natural se halla globalizada (Lovelock. 1979, 1991) (Margulis. 1995) desde hace varios millones de años, pero los seres humanos no podremos globalizar plenamente nuestra vida social si no ponemos mucho énfasis en una ética política que construya solidaridad; de allí el título de mi conversación con ustedes: *Salud: globalización de la vida y de la solidaridad*.

El nuevo mundo

"Poco a poco y de repente el mundo se hace grande y pequeño, homogéneo y plural, compuesto y multiforme. Simultáneamente a la globalización, se dispersan los puntos de referencia dando la impresión de que se mueven, flotan, se pierden", expresa Ianni (Ianni. 1999, p. 58).

Desde muchos sectores se declara que un nuevo mundo está conformándose, acontecimiento al cual se lo denomina *globalización*. Pero también, desde otros lados, se sostiene que no ocurre nada especial, que estamos viviendo una etapa más de la evolución del capitalismo. De todas maneras, observamos que inmensos grupos poblacionales experimentan cambios en su modo de vida aumentando la pobreza y la inequidad, muchas instituciones públicas en el "tercer mundo" desaparecen o se debilitan notoriamente mientras que otras privadas crecen exorbitantemente, circulan monstruosas cifras de dinero con gran celeridad, se empequeñecen el tiempo y el espacio, la propia naturaleza expresa malesares globales, viejas enfermedades reemergen mientras que otras nuevas nos atormentan, unos pocos empiezan a mirar el presente y el futuro como un reto o un negocio, mientras los más, perplejos, lo ven como un abismo.

Ante estos acontecimientos, las ciencias sociales y políticas tienen dificultades para interpretar este oscuro y enrevesado objeto de estudio. Al fin y al cabo la sociología se constituyó como una disciplina capaz de interpretar la sociedad contenida en el "receptáculo" del Estado, mientras que ahora esa sociedad se desdibuja ante la aceleración de las migraciones poblacionales, la ruptura de fronteras, la constitución de una red

mercantil global, la aparición de una cultura virtual, la constitución de empresas y organismos transnacionales y el desordenamiento del cuadrículado geográfico de los, cada vez más, débiles estados naciones.

Cuando algo nuevo y complejo ocurre en nuestro panorama y los seres humanos no disponemos de respuestas seguras y probadas, recurrimos a diversas metáforas que son construidas desde distintos puntos de vista y con variados materiales. Esto es lo que posiblemente está ocurriendo con la globalización: el apareamiento y apareamiento¹ de múltiples propuestas interpretativas, unas que buscan una lógica única tal como lo hace Wallerstein (Wallerstein. 1988, 1991), quien interpreta que la globalización tiene una determinación clara y precisa, que es la propia evolución del capitalismo y la consiguiente institucionalización de la economía y el mercado mundial. Otros dan un especial énfasis a la política; dentro de este grupo, algunos privilegian las relaciones posinternacionales o transnacionales y la política mundial policéntrica (Rosenau. 1990); otros, el primado de la política nacional-estatal hegemónica y permisiva que posibilita la formación de un mercado internacional (Gilpin. 1987); los de más allá dan peso a la ruptura de la autonomía y soberanía estatal como base para la globalización (Held. 1987). Desde la cultura aparecen interpretaciones de naturaleza diversa que se resisten en aceptar la *mcdonalización* del mundo y la posibilidad homogeneizante de los medios de comunicación sobre la cultura (Barbero. 1998), y defienden más bien la "glocalización" como proceso lleno de contradicciones (Robertson. 1992) o el poder de la imaginación (Appadurai. 199) o las globalizaciones tangenciales (García Canclini. 2000)

1. Julio Suárez considera que en este momento no solo aparecen múltiples propuestas interpretativas, sino también algunas propuestas contrapuestas se juntan (se aparean). Al respecto, el célebre pintor expresionista Kandinsky escribió en la década del 30 un interesante artículo, al que lo denominó "Y" en el cual concibe que la humanidad había comenzado a vivir una época caracterizada por el predominio de la conjunción "y", en contraposición al dominio que tuvo la conjunción "o" durante el siglo XIX e inicios del XX. (Kandinsky. 1982).

o la globalización de la riqueza y localización de la pobreza estudiada por Bauman (Bauman. 1998). Por último, algunos autores establecen propuestas de naturaleza abarcativa, de difícil clasificación y que pueden ser de especial interés para abordar esta problemática, me refiero a Manuel Castells (Castells. 1996, 1997, 1998), Anthony Giddens (Giddens. 1991, 1994, 1996, 1998, 1999b) Octavio Ianni (Ianni. 1999) Alain Touraine (Touraine. 1993, 1994, 1997, 1998) y Ulrich Beck (1997, 1998a, 1998b).

A más de las distintas lógicas de abordaje mencionadas es conveniente diferenciar, conforme propone Ulrich Beck, los términos *globalidad*, *globalismo* y *globalización*. *Globalidad* significa que “hace ya bastante tiempo vivimos en una sociedad mundial... percibida y reflexiva, donde ‘mundial’ significa ‘diferencia y pluralidad’ mientras que ‘sociedad’, significa estado de ‘no-integración’, razón por la que la *globalidad* se puede entender como ‘pluralidad sin unidad’” (Beck. 1998a: p. 28-29).

Por *globalismo*, en cambio, Beck entiende “la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político; es decir la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo”. En esta forma, el neoliberalismo reduce la pluridimensionalidad de la globalización a una sola dimensión, la económica y minimiza las otras dimensiones: ecológica, cultural, política y social. El *globalismo* pretende que la complejidad del Estado, la cultura, la sociedad, la política exterior sean tratados como una empresa, con lo cual se origina “un imperalismo de lo económico bajo el cual las empresas exigen las condiciones básicas para poder optimizar sus objetivos” (Ibidem. 27).

Por último, la *globalización*, como “los procesos en virtud de los cuales, los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios”.

Para el autor, esta *globalización* tendría como un diferenciador esencial su ser irreducible, lo cual significa que “existe una afinidad entre las distintas lógicas de las globalizaciones ecológica, cultural, económica, política y social, que no son reducibles —ni explicables— las unas a las otras, sino que, antes bien, deben entenderse y resolverse en sí mismas y en mutua interdependencia” (Ibidem. 29). Beck continúa y dice: “Esto significa que vivimos en una sociedad mundial políticamente multidimensional, policéntrica y contingente, en la cual agentes transnacionales y nacionales juegan al gato y al ratón. Así pues, globalidad y globalización también connotan no-Estado mundial; dicho más exactamente, sociedad mundial sin Estado mundial y sin gobierno mundial. Estamos ante un capitalismo globalmente desorganizado puesto que... no existe ningún poder hegemónico ni tampoco ningún régimen internacional” (Beck. 1998a, p. 164), ante lo cual es posible proponer una direccionalidad política diferente. El dominio economicista actual no es irreversible como preconiza el neoliberalismo.

La diferenciación entre estos tres términos es de singular importancia para nuestra aproximación, puesto que tratamos de descubrir las potencialidades del obrar ético-político desde el campo de la salud en un ambiente inmensamente complejo de la globalización y totalmente diferente a la nueva simplicidad cínica del *globalismo*, defendido por el neoliberalismo, que supuestamente está llevando a cabo una revolución racional totalmente apolítica.

¿Cómo emergió esta sociedad políticamente multidimensional, policéntrica y contingente? Como hemos mencionado, no existe un acuerdo, pero en este punto Castells podría ayudarnos a organizar nuestras respuestas: él dice que este nuevo mundo “se originó en la coincidencia histórica, en los últimos años de la década de los 60 y los mediados del 70, de tres procesos independientes: la revolución de la tecnología informática, la crisis económica tanto del capi-

talismo como del estatalismo, y su subsecuente reestructuración, y la aparición de movimientos sociales culturales como el libertarismo, los derechos humanos, el feminismo y el ambientalismo. La interacción entre estos procesos y las reacciones que éstos gatillaron dieron a luz una nueva estructura social dominante, la sociedad red; una nueva economía, la economía informacional/global; y una nueva cultura, la cultura de la realidad virtual” (Castells. 1998, 336).

1. La revolución de la tecnología informática indujo —según Castells— la producción informatizada. Con ello, la generación de la riqueza, el ejercicio del poder y la creación de códigos culturales pasaron a depender de la capacidad tecnológica de los individuos y sociedades.

La posibilidad de la comunicación instantánea desde cualquier parte del mundo está produciendo cambios increíbles en nuestra vida: el espacio y el tiempo ya no constituyen barreras importantes para la comunicación: podemos transformarnos en espectadores y aún participar en experiencias que acaecen en lugares diversos y al mismo momento. Como dice Appadurai, “... las personas se encuentran por doquier en la situación de conseguir por sí solas desde cualquier rincón del mundo las informaciones que más les interesan”, pero también las culturas globales carecen de contexto y son “una verdadera mezcla de componentes dispares, recogidos de todas partes y de ninguna, salidos del carromato moderno del sistema de comunicación global” (Appadurai. 1996). ¿Qué significa esto? Que la imaginación adquiere un poder único en la vida de los seres humanos, pero también la vida real y la vida posible se ven influenciadas por el poder del mercado de vidas imaginarias y adheridas a los prototipos creados por la industria de la cultura.

2. En la reestructuración de la producción capitalista también jugó un papel importante la tecnología informática, en el proceso de globalización de las principales actividades, la organización flexible y la entrega del mayor poder al gerente con el consiguiente debilitamiento del trabajo organizado, base del contrato social de la primera modernidad y sustento del Estado de bienestar. La tecnología ha facilitado, por otro lado, la movilización de más de un trillón de dólares diarios a través de los mercados globalizados (Giddens, A. 1999b).

La reconstitución del estatalismo representado por la Unión Soviética y los países de Europa del Este no fue posible y este hecho trajo el colapso del “socialismo real”, fin de la Guerra Fría y la expansión del capitalismo con sus reglas económicas por todo el orbe, con la consiguiente constitución del *globalismo* a través del dominio del mercado mundial.

3. Castells también concede gran importancia a los movimientos sociales, que explotaron simultáneamente en todo el mundo industrializado. Se trataba de movimientos culturales que buscaban el cambio y no la toma del poder “... y más bien expresaban su oposición ante la autoridad arbitraria, la injusticia, las restricciones en la libertad, mientras proponían un mundo de nuevas experiencias personales y grupales” (Castells. 1997, p. 355-362). Desde las semillas de estos movimientos de las décadas de los sesenta y setenta se originaron o fortalecieron las propuestas feministas, medioambientalistas, de derechos humanos, liberación sexual, igualdad étnica, democracia básica, etc. y se entregó una gran fuerza a las políticas identitarias. Estos movimientos permanecieron alejados de la tecnología y el Estado, pero jugaron un importante papel en la democratización de la primera y en el

debilitamiento del segundo, a más de haber apoyado la construcción de ideas y acciones que circularon a nivel internacional, apuntalando de esta forma la construcción de un mundo interdependiente.

Este nuevo mundo tiene impactos profundos sobre la teoría y la práctica de la salud pública, medicina social o salud colectiva y sobre la formación del salubrista. El análisis de todas las repercusiones constituye en sí un trabajo inmenso, razón por la que me parece más conveniente focalizar nuestra atención hacia aquellos aspectos que podrían tener más importancia para nuestro cometido:

1. Las relaciones de producción en este nuevo mundo del capital han cambiado: la productividad y la competencia son los ejes fundamentales, donde los recursos humanos tienen que mantenerse en constante cambio para cumplir con los requerimientos innovativos. Quien no puede hacer esto se transforma en un "terminal humano" (Castells. 1998. p. 340), que puede ser sustituido por una máquina con el consecuente incremento de desocupación y fragmentación del trabajo, en un momento en que también se debilitan o desaparecen los espacios e instituciones solidarias y la protección ante el desempleo.

El *globalismo* no solo genera desocupación sino que también produce inmensos bolsones de exclusión social e indigencia que, como Castells afirma, constituyen verdaderos *agujeros negros* que son completamente innecesarios dentro de la red productivista y competitiva. Este "cuarto mundo" es posible encontrarlo no solo en los países "subdesarrollados", sino también al interior de las zonas no apetecidas por el capitalismo informatizado de los países del mundo desarrollado. Las estadísticas son espantosas: "el quintil más pobre del mundo ha reducido su participación en el presupuesto mundial del 2,3 al 1,4 en los últimos diez años; el

quintil más rico ha incrementado en cambio del 70 al 85% en el mismo tiempo. En los países del África Sub-Sahara, veinte países tienen ingresos per cápita inferiores a los de hace dos décadas" (Giddens. 1999b); mientras que en algunos países de América Latina el 10% más rico de la población recibe 84 veces los ingresos recibidos por el 10% más pobre (OPS. 1999). En Ecuador el 69% de la población fue catalogada como pobre en 1999 (UNICEF, 2000). Junto con esta problemática, en el capitalismo informatizado cada día aparecen nuevas redes de comercio criminal que cubren más áreas y poblaciones, por lo cual es posible hablar de una globalización de la violencia, de la corrupción y del delito.

El nuevo mundo, del que hablamos, está produciendo sin lugar a dudas un incremento de la inequidad, polarización de las poblaciones y creciente exclusión social, reemergencia de enfermedades antiguas que se suman con nuevas. Por otro lado, uno de los aspectos más salientes de la época es la separación cada vez más abismal entre la lógica *globalista* de la red de flujo del capital y la lógica del mundo cotidiano de los trabajadores y masas poblacionales, lo cual genera una nueva y compleja contradicción entre la red y la identidad (net and self), que está llevando a que los excluidos construyan su mundo al margen de los excluyentes (Castells. 1996, p. 3). A su vez, Zygmunt Bauman advierte que los ricos, que casualmente son los actores con más recursos y mayor poder en la escena política, no necesitan de los pobres ni siquiera para la salvación de sus almas... Los pobres no son los hijos de Dios, con los que se practica la reparadora beneficencia, no son el ejército de reserva... no son consumidores... no tienen ninguna utilidad" (Bauman. 1998, p. 87-98).

Lo nuevo de la era global es que se ha perdido el nexo entre pobreza y riqueza, no solo en el tercer mundo. En Gran Bretaña, el re-

conocido país del empleo, hay un tercio de la población en edad de trabajar plenamente empleada... La flexibilización del trabajo no ha hecho otra cosa que esconder la enfermedad del paro, con lo cual el *globalismo* está dirigiendo a la sociedad hacia un capitalismo sin trabajo y a la precarización del trabajo que sobra.

La deformada naturaleza de la producción en el neoliberalismo o globalismo atenta contra la vida y contra el propio trabajo. El trabajo tiene dificultades para ubicarse como intermediario entre el mundo objetivo y el mundo subjetivo, porque el trabajo ahora se alinea contra la vida y, paradójicamente, contra el trabajo. Este hecho es muy importante para la medicina social porque nosotros históricamente hemos basado nuestra reflexión sobre la categoría trabajo, que ahora parece debilitar su capacidad para organizar nuestro pensamiento. Spinoza, Kant, Hegel y Marx posiblemente nos reclamen ante este acontecimiento, pero parece que no tenemos otro remedio que considerar primero la vida como punto de partida para nuestra reflexión.

En este punto es importante abordar, con un poco más de detenimiento, los cambios que están ocurriendo en la educación. La educación está emigrando desde el espacio de la ideología hacia el ámbito de la producción, donde la aparición de las *fábricas flexibles* (entre las que comienzan a ubicarse los servicios de salud), adaptables a los mercados cambiantes, dan nacimiento a nuevos requerimientos que Robert Reich (Reich. 1992) las reconoce como caracte-

rísticas del *analista simbólico* y las sintetiza en cuatro capacidades básicas: abstracción, pensamiento sistémico, experimentación y capacidad de trabajo en equipo.

Lo anterior nos situaría en un momento en que sería posible superar la dicotomía tradicional que siempre ha existido entre los ideales educativos modernos y las exigencias reales de la producción, trabajo industrial y el mercado (Tedesco. 1995), lo cual debe ser muy bien registrado por todos los niveles de educación; porque este nuevo requerimiento obliga, por otro lado, a buscar un puente de unidad, ahora sí más real, entre la educación y el trabajo. Si bien ésta es una apertura para los mundos de la educación y del trabajo, aquello se desvanece ante el interés *globalista* en formar personal únicamente para producir más y no con la estrategia martiana de "ser cultos para ser libres".

Los cambios ocurridos en el ámbito educacional generan retos importantes para la formación de recursos humanos en salud colectiva, pero al mismo tiempo, al ser las necesidades educacionales introducidas en la lógica economicista, engendran una serie de problemas ya anotados: ruptura del contrato social, precarización, desocupación masiva, rutinización para las grandes masas, conflictividad laboral y complicaciones en la gestión del personal.

2. El Estado entra en una profunda crisis; su autoridad y legitimidad son cuestionadas y se debilita su carácter soberano. El Estado tiene problema en ser el representante de la

2. Hirst y Thompson sostienen que "las formas emergentes de gobierno de los mercados internacionales y otros procesos económicos envuelven la mayor parte de gobiernos nacionales pero en un nuevo rol: los estados pasan a funcionar no tanto como una entidad 'soberana' y más como componentes de la 'política' internacional. La función central del Estado-nación llegará a ser aquella de proveer legitimidad y asegurar el buen funcionamiento (*accountability*) de los mecanismos de gobierno supranacionales y subnacionales".

nación, para transformarse en un intermediador estratégico² (Hirst, P. 1996) entre el capital globalizado, las instituciones internacionales y multilaterales y los poderes regionales y locales descentralizados. Daniel Bell dice: “La nación parece como muy pequeña para resolver los problemas grandes y muy grande para resolver los pequeños”, mientras que David Held sostiene que: “la capacidad de los estados en un entorno internacional que se torna cada vez más complejo cercena estas dos cosas: la autonomía estatal (en algunos ámbitos de manera radical) y la soberanía estatal” (Held. 1998, p. 65).

Parece que el poder ha desaparecido, pero no es así, ha estallado y se ha afincado en la cultura diluyendo o debilitando las formas organizativas anteriores: partidos políticos, gremios clasistas y expresiones ideológicas, pero también el poder económico y tecnológico se ha concentrado en pocas manos. De la época en que el poder fluía desde las instituciones políticas, pasamos a un mundo donde el poder está en el propio flujo, que puede ser capitalizado para bien o para mal por líderes que entienden su movimiento y pueden, al mismo tiempo, interpretar la cultura de las masas.

El poder instrumental del Estado de la primera modernidad se ve minado por el globalismo económico, la globalización de la comunicación y la globalización del crimen. También se halla debilitado por el juego vicariante ejercido por las organizaciones, eventos, comunidades y estructuras transnacionales (Rosenau. 1990, p. 17) y por los requerimientos del multilateralismo ante el incremento de la tecnología de guerra (Castells. 1997, p. 262-266), así como por el fortalecimiento de los gobiernos locales y las identidades de diversa naturaleza. Es por esta razón que desde diferentes ámbitos se habla sobre la necesidad de una nueva teoría del Estado que posibilite la reconsti-

tución de su autonomía y su soberanía. Al respecto Beck, al igual que Soros (hasta hace poco tiempo exégeta del *globalismo*), consideran (Soros. 1999) necesario la inmediata implementación de medidas regulatorias internacionales que impidan la expoliación del Estado y la sociedad por parte de las empresas transnacionales.

Con todos estos cambios a nivel de la política cabe preguntar: ¿Dónde queda la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud? Para el *globalismo*, el Estado debe retirarse del bienestar social porque pertenece al ámbito de lo privado: la familia, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. El Estado solo debe hacerse cargo de lo público, ahora interpretado como lo que tiene externalidades y brindar servicios únicamente para los comprobadamente indigentes.

El neoliberalismo propone, entonces, remercantilizar los servicios de salud y fundamenta sus razones, como indica Cristina Laurell, en la “escasez de los recursos públicos, en la inequidad e ineficacia del sector público... y en el ataque a los grupos organizados de la sociedad, en especial a los sindicatos o a las corporaciones, con el argumento de que ejercen una presión ilegítima sobre los gobiernos para apropiarse de una parte desproporcionada de los fondos públicos y generar así la inequidad” (Laurell. 1997).

La pregunta actual radica: ¿el Estado nacional está ineludiblemente condenado a desaparecer o a transformarse en un intermediario de las empresas transnacionales?, o en su defecto, ¿es posible reconstruir su poder en una versión democrática?, ya que la única forma de alcanzar una razonable *globalización* radica, según Beck, en crear “procesos en virtud de los cuales los estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder,

orientaciones, identidades y entramados varios”. Personalmente considero que lo segundo aparece como el cometido que desde todos los planos debe ser impulsado, para disminuir los estragos del globalismo economicista neoliberal y encontrar alternativas más democráticas.

3. La globalización del riesgo: La manera en que nos hemos relacionado con la naturaleza durante el industrialismo y la forma en que procedemos en el *globalismo* genera grandes peligros de destrucción para los procesos vitales naturales y sociales: piénsese en la catástrofe de Chernobyl, el hueco en la capa de ozono, el calentamiento del globo terráqueo, etc.

Parece que con la ciencia y la técnica hemos triunfado y ahora vivimos la muerte de la naturaleza; es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es. Como afirma Giddens: “... muy recientemente, en términos históricos, comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que hemos hecho con ella” (Giddens. 1999b). El problema radica en que la acción humana siempre ocurre en medio del desconocimiento de algunas condiciones requeridas para esa acción y tampoco es posible controlar todas las consecuencias no deseadas de nuestro accionar. De allí que en este momento vivamos lo que Ulrich Beck denomina la *globalización de los efectos secundarios* o consecuencias no intencionadas (Beck. 1996, p. 11-60).

Los riesgos manufacturados no solamente se relacionan con la naturaleza, también se extienden a la vida social e impactan las bases culturales de nuestra existencia. Actualmente, es posible registrar grandes cambios en los roles del hombre y de la mujer; importantes transformaciones en las relaciones de pareja que cuestionan al matrimonio y a la familia tradicionales; y

conceptos y prácticas distintas alrededor del trabajo, la economía, la moral, el arte, la comunicación (los mismos que obligan a las personas a vivir en constante riesgo y a enfrentar futuros mucho más abiertos que antes). A esto se suma los grandes avances de la genética que nos ofrece grandes aportes para la vida humana, pero que al ser introducida en una lógica *globalista*, presentaría riesgos insospechados.

Nuestra época no es más peligrosa ni más riesgosa que otras, pero actualmente vivimos en un mundo en el que por nuestra capacidad de intervención científica y técnica, los riesgos, que son en su mayor parte fabricados, pierden su delimitación espacio-temporal para convertirse en globales y permanentes, por lo que es difícil establecer las causas específicas como estuvimos acostumbrados a hacerlo. Los riesgos fabricados generados en los países desarrollados son, por lo general, globales, mientras que los que se generan en los países del llamado tercer mundo son, por lo general, de carácter local.

La aparición del riesgo fabricado también obliga a la epidemiología, ciencia del riesgo a considerar los cambios que debe llevar a cabo en su proyección filosófica y metodológica.

4. La reglobalización de la razón instrumental: “Mientras el pensamiento de la posmodernidad afirma y reafirma la disolución de la totalidad, del gran relato, de la interpretación amplia e histórica, la razón instrumental penetra hondo en todos los rincones de la sociedad”, nos dice Ianni. (Ianni. 1999, p. 124).

En efecto, el pensamiento posmoderno abrió una interesante crítica a la razón instrumental y su incapacidad para comprender lo diverso, lo temporal, lo complejo.

Cuando se creía que el pensamiento había entrado en la posmodernidad, la ¡causa del dinero! se corona como nueva teleología y el relato neoliberal se presenta como la supuesta “verdad” que gobierna todas las particularidades. La ganancia se transforma en medio y fin, y la racionalidad instrumental economicista pasa a ser el parámetro de evaluación de la vida material y espiritual.

Al mismo tiempo, la ciencia había rescatado o elaborado lógicas y racionalidades diversas a la instrumental economicista. Así, por ejemplo, la ecología y la biología teórica plantean que la vida natural tiene regularidades tales como su capacidad autopoietica, la relación en redes autodependientes, la característica sistémica abierta desde el punto de vista material y energético, pero cerrada hacia la información, la emergencia de nuevas características de acuerdo al nivel de complejidad organizativa (Capra. 1996), todo lo cual ha factibilizado la globalización de la vida natural desde hace millones de años, manteniendo la unidad en la diversidad infinita de sus innumerables géneros, especies, individuos, organismos.

Por otro lado, las ciencias humanas también interpretan que es posible construir la unidad en cuanto acuerdos intersubjetivos y por la acción comunicativa, como preconiza Habermas (Habermas. 1992), o a través de la acción que posibilita la construcción de la estructura mientras que recíprocamente la acción es constituida estructuralmente como propone Giddens (Giddens. 1993), o como unión de sujeto y razón como recomienda Touraine (Touraine. 1993) En otras palabras, las ciencias sociales reconocen que la unidad en la diversidad es posible alcanzar en la medida en que se parta desde la interpretación o comprensión de lo diverso, lo subjetivo, lo cultural, y se establezcan a través de acción ética y política: acuerdos, pactos, contratos siempre revisables. Ante

lo cual, la propuesta *globalista* neoliberal no constituye sino una receta ideológica sin gran sustento científico, que compite con otros paradigmas más sólidos.

5. El poder de la identidad: “El espacio social y político se vacía o se desploma, dominado, por un lado, por las realidades técnicas y económicas y, por el otro, por la presión de los nacionalismos o los integristas y los problemas de la vida diaria”, nos dice Touraine (Touraine. 1998, 297). A primera vista da la impresión que lo que plantea el autor no fuera verdad, parece más bien que estuviéramos viviendo en un mundo hecho exclusivamente de “mercados, redes de individuos y organizaciones estratégicas, aparentemente gobernados por patrones de ‘expectativas racionales’, excepto cuando estos ‘individuos racionales’ inesperadamente disparan a su vecino, violan una niña o lanzan gases tóxicos en una estación de metro (Castells, M. 1997). O lo que cuenta Saúl Franco en su libro sobre la violencia en Colombia *El Quinto: No Matar*: “Merece destacarse el hecho de una especie de autogeneración de la violencia, de una inercia muy fuerte que hace que cada vez sea de esperarse más y más violencia. La banalización y cotidianidad de la violencia, el acostumbramiento de los actores a matar y del conjunto de la sociedad a ver matar...” (Franco. 1999, p. 195).

Los dos extremos: una sociedad totalmente organizada por obra y gracia de la racionalidad instrumental y la informática, el “mundo feliz” de Huxley, y en el otro extremo los claros signos de un total desenfreño y pérdida de humanidad. Pero también es posible encontrar otras expresiones de identidad que se han formado a través de la resistencia y que, actualmente, pasan a conformar identidades proyectivas que intentan organizar nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas de globalidad. Hablo de

los movimientos de resistencia feministas que ahora se proyectan como movimientos genéricos que proponen formas generales de vida más humanas, que luchan porque las diferencias de género no se transformen en inequidades. Movimientos genéricos que proponen políticas de carácter personal, donde lo privado y lo público borran diferencias. También me refiero a movimientos nacionalistas que caminan hacia la construcción de instituciones políticas y nuevas formas de soberanía. Movimientos étnicos que, habiendo nacido desde la resistencia a la opresión, convocan más tarde a otras identidades también dominadas. Medioambientalistas que se engarzan en luchas ecológicas más amplias y plantean la integración de la humanidad con la naturaleza. Movimientos religiosos que buscan la realización individual en el absoluto, pero también intentan ver al otro y comprender sus aspiraciones. Nuevos movimientos obreros que hacen propuestas organizativas y políticas más autónomas.

Los nuevos movimientos sociales buscan construir sujetos que puedan integrar en su vida su yo con todo su recuerdo cultural, pero también puedan ver al otro, construir un nosotros y luchar contra la opresión (Touraine. 1993, 1994). Plantean integrar lo subjetivo con lo racional, unir la cultura y la ciencia para la vida, mientras no aceptan el dominio de la vida por la ciencia y la técnica.

Oponen la cultura dominante de la realidad virtual con su propio recuerdo y experiencias; definen y defienden su espacio contra la lógica de la ausencia de espacio que caracteriza esta época y usan la información tecnológica para la comunicación horizontal mientras se niegan a desarrollar una nueva idolatría alrededor de la tecnología.

El *globalismo* excluye todo aquello que no pueda participar en su lógica y movimiento, por esto la red financiera internacional excluye, con creciente fuerza, cada vez más vida humana cuando ésta no puede o no quiere apoyar la productividad y la innovación. Volvemos a vivir aquello experimentado al inicio de la revolución industrial, cuando el maquinismo se transformó en un sediento consumidor de sangre de obreros, madres, viejos y niños. En ese tiempo, el movimiento obrero logró aminorar el impacto avasallador del capital y planteó sus reivindicaciones que fueron también oídas en la “casa de la salud” ante lo cual se organizó la medicina social, aspecto sobre el que nos habla Juan César en su último escrito.³ Parece que en este momento hablan y gritan con más fuerza las “tribus” excluidas que intentan transformarse en sujetos sociales, públicos organizados o movimientos sociales. “Tribus” que en un comienzo oponen y resisten la agresiva exclusión por parte de la red, más tarde construyen su identidad al margen de esa red excluyente y, por último,

3. Juan César García escribe al respecto: Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neumann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania, Jules Guérin en Francia, William Farr en Inglaterra y Francesco Puccionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico. (continúa en la siguiente página)

muchas de ellas proponen y convocan a buscar salidas más solidarias. Siempre parten de sentires diversos, hablan lenguajes distintos y se mueven con racionalidades diferentes, pero todos esos sentires, lenguajes, racionalidades y acciones surgen de su experiencia inmediata vulnerada, de su mundo comunal amenazado, de su vida diaria conflictuada, de sus identidades desgarradas.

El *globalismo* engendra sus propios retos y sus opositores en la forma de identidades de resistencia o proyectivas. De esta manera, se forja un nuevo tipo de poder que ya no se halla localizado en los viejos receptáculos representados por el Estado y las instituciones tradicionales, sino que se halla en las propias redes de relaciones que conforman los movimientos sociales a través de los que se expresan las identidades. En esta forma, el poder ya no fluye de contenedores sino que se halla en el flujo. Pero el flujo que al mismo tiempo es poder radica en la propia vida de sentido de las poblaciones y en sus imaginarios, razón por la que las identidades que, por lo general, tejen relaciones entre la naturaleza, la historia, la geografía y la cultura producen procesos duraderos aunque silenciosos, batallas que en muchas ocasiones no se sellan con éxitos sino con mayores y más amplias dosis de vida. Me parece que desde la medicina social se abre, con los movimientos, un reto diverso.

Globalización y salud colectiva

La coyuntura actual reclama de la salud colectiva un pensamiento lo suficientemente amplio para interpretar y explicar la situación actual de salud y de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y salud cada vez más deterioradas de las mayorías poblacionales, promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un Estado democrático coherente con estas necesidades y derechos, el mismo que, a su vez, debe ser capaz de tejer redes de cooperación internacional en este campo.

Por lo general, cuando las prácticas se complican y el panorama social se vuelve caótico, tratamos de encontrar en nuestras teorías y en los cánones disciplinarios de la salud pública la tabla de salvación o al menos la tabla de *surfing* para poder movernos en las olas del cambio, pero aquello no es tan aconsejable ya que las bases filosóficas y teóricas que han sustentado el deambular de nuestra disciplina durante el siglo XX posiblemente no tienen la fortaleza para soportar el embate actual del *globalismo*.

En efecto, la salud pública que ha guiado nuestro pensamiento y acción en América Latina durante el siglo XX (Granda. 1999, p. 83-84) se ha sustentado en un trípode constituido por:

1. El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud.

2. El método positivista como base explicativa de la “verdad” sobre el riesgo.
3. La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para calcular el riesgo y asegurar la prevención.

El salubrista, entonces, se constituyó en un agente del Estado y de la ciencia, un interventor técnico-normativo, que a través de su accionar lograba efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la “verdad” de la ideología científico-tecnológica positivista, con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo transformada en objeto, la misma que no solo recibía la intervención “civilizatoria” de la ciencia y la técnica sino que tenía, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa por no responder al universalismo de la razón.

El accionar del salubrista se fundamentaba, de esta manera, en el mito de que la ciencia positiva, la técnica y el Estado solucionarían todos los problemas de salud. Es por esto que la salud pública fue bastante consistente durante el siglo anterior. Pero en este momento de globalización es necesario reconocer que el trípode sobre el que nos sustentamos y que nos permitió cosechar algunos éxitos en el control de enfermedades tropicales, la erradicación de la viruela y poliomielitis, el avance en la explicación de muchos trastornos crónico-degenerativos, etc., debe ser repensado. Parece que hemos llegado al convencimiento que:

- a) No es posible lograr la salud únicamente por el descuento de enfermedad.
- b) La aproximación positivista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción también ha sido grandemente criticada.
- c) El Estado, supuesto “mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos”, ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía,

transformándose en intermediador de intereses distintos y, por lo general, contrapuestos.

Explicemos estos hechos con un poco más de detenimiento: el Estado-nación, contenedor del quehacer en salud pública y principal impulsor de la misma, ha debilitado su autonomía y soberanía transformándose en un intermediario sin gran poder para definir y defender las políticas sociales en el campo de la salud colectiva. Al mismo tiempo nuevos poderes han aparecido representados por las identidades defensivas y proyectivas, las mismas que defienden aspectos íntimamente ligados con su mundo de la vida y proyectan su accionar político hacia otros actores y ámbitos de la sociedad. En esa medida, desde la medicina social debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de nuestra disciplina radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes-mediadores de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

En esa medida debemos cambiar las formas de ver, interpretar y actuar:

La mirada: la salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma y ciencia positiva, mientras que ahora requerimos mirar cómo los sujetos individuales y colectivos producen su salud en el diario vivir.

La interpretación: es fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relación en redes autodependientes, sistemas complejos, etc., avances que en alguna medida van integrándose a la medicina social y que nos brindarán nuevos elementos para una mejor comprensión del complejo mundo de la vida (Almeida. 1999).

3. (continuación)

El Dr. Guérin estampa el término en una revista médica editada en París que tiene una duración de pocos meses. En Berlín, el Dr. Virchow introduce el término en otra revista cuya duración también será breve. En ambos casos, el contenido de las revistas tenía un carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848. El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con “los problemas sociales” y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de medicina social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Así, la medicina social aparece como una concepción ‘moderna’ adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa” (García. 1994, p. 185).

Pero, además, es fundamental que también cambiemos nuestras formas de interpretar la vida social. Al respecto, las ciencias sociales, como hemos dicho anteriormente, han avanzado notoriamente y plantean la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica directa con la población, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder, a través de todo lo cual genera metáforas propias sobre su salud y enfermedad. Pero, además, las nuevas ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer, con el aporte de la ciencia y la técnica, las formas de vida cotidiana de los grupos sociales.

La acción: al proceder en esta forma, lograríamos una mayor imbricación de la salud con la propia vida poblacional, pero al mismo tiempo nos vemos en la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos filosóficos, teóricos, metodológicos y técnicos para llevar a cabo la tarea de interpretación y traducción de las necesidades poblacionales en acciones desarrolladas por la propia población, pero enriquecidas con los insumos de la ciencia y la técnica, en acciones llevadas por las instituciones existentes y de lucha solidaria por la defensa de la salud y por la protección de la vida de la naturaleza, de la sociedad y de sus instituciones. En este momento de *globalismo* es fundamental, entonces, para la medicina social impulsar la lucha por la salud sustentada en sólidos principios éticos, que deben estar dirigidos a defender la salud poblacional, la dinámica ecológica, las diversidades sustentadas por las distintas identidades y sus instituciones.

En esa medida, el trípode que constituyó la base de la salud pública tradicional deberá transformarse para dar paso a uno diferente fundamentado en:

1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
2. Un método que integra diversas metáforas y hace variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista), pero con un importante peso de las metáforas del “poder de la vida”.
3. Un accionar que integra diversos poderes y actores: el poder del individuo, de los públicos o movimientos sociales y poderes locales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

En general, este nuevo trípode rescata los aspectos positivos alcanzados por la salud pública, critica su especial enamoramiento con la enfermedad y la muerte y su proyección interventora técnico-normativa para establecer un énfasis notorio en dos aspectos:

- a) el poder de la vida, aspecto que ya fue realzado por Saúl Franco en Guadalajara;
- b) lo ético en la política con miras a generar conocimientos y acciones de defensa de la salud, la vida y la democracia, bajo el convencimiento de que lo ético viabiliza al ser humano, como nos dice Bolívar Echeverría, “vivir él mismo su propio drama y no como ahora un drama ajeno que lo sacrifica día a día y lo encamina, sin que él pueda intervenir para nada, a su destrucción” (Echeverría. 1998, p. 1998).

La salud pública tradicional priorizó la razón instrumental y la norma estatal para alcanzar la salud colectiva, pero ahora requiere visualizar en primer término la vida, la ética y la política como fines y medios capaces de movilizar voluntades, culturas y conocimientos dirigidos hacia el logro de la salud y la equidad.

La salud pública confió en que la población alcanzaría la salud a través de la sustitución de su cultura por el mensaje civilizatorio de la ciencia positiva; en cambio, la medicina social reconoce el valor de la ciencia positiva pero requiere interpretar que “vivir es conocer y conocer es vivir” (Maturana. 1993), lo cual ubicaría a nuestra multidisciplina en la capacidad de producir conocimientos más pertinentes, siempre y cuando tenga la capacidad de interpretar las formas de vida diversas de las distintas identidades étnicas, genéricas, territoriales, etc., en la capacidad de criticar y enriquecer sus verdades preteóricas, sus pretensiones de validez, rectitud y veracidad (Habermas. 1992), sus acuerdos intersubjetivos y sus acciones relacionadas con la salud. Al respecto, en los productos elaborados por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo dentro del proyecto “Salud pública en las Américas” (OPS/OMS. 1999b) se rescata como prácticas fundamentales la cultura por la vida y la salud y la construcción de entornos saludables, lo cual ratificaría este empeño por el cambio.

El siglo anterior encomendó al salubrista administrar las instituciones y recursos públicos estatales dirigidos a la salud; la medicina social requiere en este momento no solo administrar las instituciones y recursos, sino comprometerse ética y políticamente con los diversos actores democráticos de la sociedad y del Estado en la defensa de esas instancias, en la reforma de las mismas y en la ampliación y diversificación de las acciones y responsabilidades sociales y económicas con la salud (Granda. 1997).

En efecto, en estas épocas de *globalismos*, es fundamental la participación crítica de la medicina social en las reformas sectoriales, que han pasado a constituir el espacio de debate y acción por parte de las distintas fuerzas que pugnan por controlar los flujos de poder económico, político y técnico que se mueven a través de la estructura instalada de nuestros servicios de salud. Al respecto, los análisis realizados sobre los resultados alcanzados por las reformas sectoriales en los

distintos países de América Latina son diversos y sería muy largo explicitar los detalles, pero sí es conveniente expresar que el afán economicista no ha dejado de estar presente, conduciendo en algunos casos a la implementación de reformas “contra la salud y la seguridad social”, como nos relata Cristina Laurell (Laurell. 1997), quien prevé creciente exclusión y pronunciada estratificación en el acceso a los servicios y beneficios sociales, pérdida de derechos, disminución de la protección económica en la tercera edad y ante las contingencias de condiciones incapacitantes, así como la estratificación de los servicios de salud disponibles a distintos grupos, destrucción o debilitamiento de las instituciones públicas e incremento de beneficios para los grupos financieros privados.

Juan Arroyo, desde Perú, nos advierte que los “las microreformas sin un proyecto holístico... producen, a la vez, microeficiencia e inequidad sistémica, pues la debilidad de un planteamiento sistémico de reforma, empuja a los establecimientos a una planificación hacia adentro”, como parte de la reforma silenciosa que se lleva a cabo en Perú (Arroyo. 2000, p. 23-24).

Jairo Restrepo realza los elementos positivos de la reforma colombiana (Restrepo. 1999), pero en un estudio de casos en el Departamento de Antioquia, el autor advierte, entre otros aspectos, el estancamiento del aseguramiento, la persistencia de desigualdades, el descuido de las labores de promoción, prevención y vigilancia, el aumento de costos (Restrepo. 1998).

Silva Paim expresa su preocupación por el desmonte de los ministerios de salud, responsables de la gestión nación de los sistemas de salud (Silva Paim. 2000).

Los ejemplos anteriores nos llevan a considerar que ante el proceso de reforma y sus resultados concretos, es fundamental que partamos desde una ética de principios y de equidad para juzgar sus resultados. Esta “ética dura”, como la califica

Garrafa (Garrafa. 2000, p. 1-2), defiende “como moralmente justificable, entre otros aspectos: la priorización de políticas y tomas de decisión que privilegien el mayor número posible de personas, incluso en perjuicio de ciertas situaciones individuales, con excepciones a ser discutidas... Así, esta nueva propuesta exige una alianza... con el lado históricamente más frágil de la sociedad”. En otras palabras, se requiere una ética política que nos permita llegar a acuerdos responsables entre estados democráticos y con aquellas naciones y movimientos progresistas en lucha contra el capital transnacionalizado. Por otro lado, la propuesta ética debe permear todos los campos de la acción y del conocimiento, incluido el campo económico, tal como recomienda Amartya Sen: “... la economía, tal y como ha evolucionado, puede hacerse más productiva prestando una atención mayor y más explícita a las consideraciones éticas que conforman el comportamiento y el juicio humano” (Sen. 1989, p. 27).

Esta proyección vital y ética del quehacer político de la medicina social entraña cambios en los ámbitos de la formación de sus recursos, la investigación y la tecnología y hacia los espacios donde la globalización más impacto está causando y que fue ya analizado anteriormente. Me refiero al cuidado y defensa de la naturaleza, salud de los trabajadores, salud y transformaciones de la vida individual y familiar, género y salud, etnias, etc.

El nuevo mundo global en el que vivimos produce inmensos cambios en la vida social, cultural, política y económica, pero también abre espacios de solidaridad diversos. Recordemos tan solo las últimas manifestaciones de Seattle y Washington, lugares donde se expresaron rechazos globales contra el *globalismo*. La globalidad de esos rechazos se caracterizaron por la variedad de actores que coligieron en

una propuesta solidaria contra el embaque economicista, pero al mismo tiempo que aquellas identidades oponen, también transparentan senderos ignotos de unión y organización inventados, que nos obligan a realzar la creatividad siempre presente en la especie humana. En otras latitudes, el Ejército Zapatista propone formas de organización, comunicación y acción política y ética impactantes, mientras que los indígenas ecuatorianos organizados en la CONAIE se toman carreteras, plazas, calles e imaginarios para comunicar que el solidario ayer puede transformarse, a través de un nuevo *Pachacutic* entre indios y mestizos, en renovadas propuestas de organización del Estado y del mundo de la vida. Los cubanos se unen en un abrazo fraterno y demuestran que durante cuarenta años pueden continuar siendo dueños de su historia mientras convocan al mundo para pintar al globo con colores de solidaridad.

La medicina social latinoamericana se forjó en el momento en que el nuevo mundo del cual hemos hablado también se conformaba. No creo que Juan César García pudiera prever la caída del muro y el inmenso enredo social, económico, político y cultural que actualmente vivimos, pero lo que siempre visualizó fue la solidaridad internacional como eje de desarrollo de la IAHP y ALAMES, aspecto que hemos tratado de vivir en estas tres décadas. La solidaridad debe fortificarse a través de este nuestro movimiento y podamos no solo convocarnos por ideas y acciones en nuestros ámbitos disciplinarios, sino por la generación de metáforas seductoras de salud y vida, que nos permitan ser locales y nacionales, pero también apoyar la creación de poderes y políticas que posibiliten una *glocalización* más humana.

Bibliografía

Almeida, Naomar y Silva Jairnilson. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. En: *Cuadernos Médicos Sociales*. (75): 5-30; 1999.

Arroyo, Juan. *Salud: La reforma silenciosa*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.

Appadurai, Arjun. “Disjuncture and Difference in the Global Culture Economy”. En: *The cultural studies reader*.

Barbero, Jesús Martín. *De los Medios a las Mediaciones*. Quinta edición. Bogotá: Convenio Andrés Bello; 1998.

Bauman, Zygmunt. Mencionado por Beck, Ulrich. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Editorial Paidós; 1998.

Beck, Ulrich. *The Reinvention of Politics*. Cambridge: Blackwell; 1997.

Beck, Ulrich. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Editorial Paidós; 1998a.

Beck, Ulrich. *La sociedad del riesgo*. Buenos Aires: Paidós; 1998b.

Capra, Fritjof. *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama; 1996.

Castells Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture, volume I, The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell; 1996.

Castells, Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture, volume II, The Power of Identity*. Oxford: Blackwell; 1997.

Castells Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture, volume III, End of Millenium*. Oxford: Blackwell; 1998.

García Canclini, Néstor. *La globalización imaginada*. Buenos Aires: Paidós; 2000.

Céspedes, Luis. “Comentarios a la tercera edición”. En: *El derrumbe del modelo eurosoviético, visión desde Cuba* (tercera edición ampliada). La Habana: Editorial Félix Varela; 1996.

Castro, Fidel. *Entrevista con Federico Mayor Zaragoza*. www3.cuba.cu/, 2000.

Echeverría, Bolívar. *Valor de uso y utopía*. México: Siglo XXI; 1998.

Franco Saúl. *El Quinto: No matar*. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo; 1999.

García, Juan César. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Washington: OPS/OMS; 1994.

Garrafa, Volnei. “Bioética fuerte: Una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales”. Ponencia presentada al Congreso de Bioética de Panamá, mayo de 2000.

Giddens, Antony. *New Rules of Sociological Method* (second edition). Stanford: Stanford University Press; 1993.

Giddens, Antony. *The constitution of Society*. Berkeley: University of California Press; 1986.

Giddens, Antony. *Modernity and Self Identity*. Stanford: Stanford University Press; 1991.

Giddens, Antony. *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial; 1994.

Giddens, Anthony. *Más allá de la izquierda y la derecha: El futuro de las políticas radicales*. Madrid: Ediciones Cátedra; 1996.

Giddens, Anthony. *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra; 1998.

- Giddens, Antony. *Risk*. Hong Kong, Reith Lectures- <http://news.bbc.co>, 1999a.
- Giddens, Antony. *Globalization*. London. Reith Lectures- <http://news.bbc.co>, 1999b.
- Gilpin, R. *The political economy of International Relations*. Mencionado por Beck, Ulrich. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Editorial Paidós; 1998.
- Granda, Edmundo. "Sujeto, ética y salud". En: *Salud pública: Reflexiones y experiencias*. (3): 46-61, 1997.
- Granda, Edmundo. "Salud pública e identidad". En: *Boletín ecuatoriano de salud pública y desarrollo de áreas de salud*. (4): 80-90. 1999.
- Habermas, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1992.
- Held, David. *Cosmopolitan Democracy*. Mencionado por Beck, Ulrich. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Editorial Paidós; 1998.
- Hirst, P. and Thompson, G. *Globalization in Question: the International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge: Polity Press; 1996
- Ianni, Octavio. *La sociedad global* (segunda edición). México: Siglo XXI; 1999.
- Laurell, Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Era; 1997.
- Lovelock, James. *Gaia*. Nueva York: Oxford University Press; 1979.
- Lovelock, James. *Healing Gaia*. Nueva York: Harmony Books; 1991.
- Margulis, Lynn y Sagan, Dorion. *Microcosmos*. Nueva York: Tusquets; 1995.
- Maturana, Humberto y Varela Francisco. *El árbol del conocimiento*. Novena edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.
- Morin, Edgar. "La noción de sujeto". En: *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1994.
- Morin, Edgar. *El método: La vida de la vida* (tercera edición). Madrid: Ediciones Cátedra; 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: OPS/OMS; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. *Salud pública en las Américas*. Documento de trabajo, Washington D. C.: OPS/OMS; 1999b.
- Reich, Robert. *The Work of Nations*. New York: First Vintage Books; 1992.
- Restrepo, Jairo. "Monitoreo local de la reforma del sector salud". En: *Coyuntura Social*, 173-196; 1998.
- Restrepo, Jairo. "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?" En: *La Seguridad Social, Reforma y Retos*. México, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM; 1999.
- Robertson, Roland. *Globalization: Social Theory and Global Culture*. Londres: Sage; 1992.
- Rosenau, James. *Turbulence in World Politics*. Brighton: Harvester; 1990.
- Sen, Amartya. *Sobre Ética y Economía*. Madrid: Alianza Editorial S. A.; 1989.
- Silva Paim, Jairnilson. *Transicao Paradigmática e Desenvolvimento Curricular em Saúde Pública*. Ponencia presentada a la XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESF), La Habana; 2-4 de julio de 2000.
- Soros, George. *La crisis del capitalismo global*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1999.
- Tedesco, Juan Carlos. *El Nuevo Pacto Educativo*. Madrid: Grupo Anaya S. A.; 1995.
- Touraine, Alain. *Crítica a la Modernidad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1993.
- Touraine, Alain. *¿Qué es la democracia?* Madrid: Atenea; 1994.
- Touraine, Alain. *Igualdad y diversidad*. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
- Touraine, Alain. *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: El Destino del Hombre en la Aldea Global*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
- Unicef. *Reforma con rostro humano en tiempos de crisis*. Ponencia de la representante de Unicef en Ecuador ante el "Taller Seminario sobre Rectoría del Estado en Salud"; Quito, mayo de 2000.
- Wallerstein, Immanuel. *One World, Many Worlds*. New York: Lynne Rienner; 1988.
- Wallerstein, Immanuel. *The politics of the world economy*. New York: Cambridge University Press; 1991.

Artículo 10

Integralidad y vida*

¿Cuál es el significado de la *integralidad* en este momento en el que vivimos, caracterizado por la idea de que es posible integrar o unificar el mundo a través de una sola razón, la ideología del mercado, pero junto con esta idea aparecen múltiples expresiones de particularidad e identidad sustentadas en racionalidades diversas que oponen dicho planteamiento globalista?

Comenzar por esta pregunta es fundamental porque nos permite, en primer lugar, ubicar la relatividad del término *integralidad* y más bien resaltar la importancia de la matriz de sentido o paradigma básico desde donde se parte para definir su significado, buscar su valor, establecer su validez o encontrar su utilidad.

Ianni describe el momento que estamos viviendo en la siguiente forma: “Poco a poco y de repente el mundo se hace grande y pequeño, homogéneo y plural, compuesto y multiforme. Simultáneamente a la globalización, se dispersan los puntos de referencia dando la impresión de que se mueven, flotan, se pierden” (Ianni. 1999, 58). En otras palabras, vivimos un momento en que el todo y las partes, la unidad y la diversidad reverberan y se oponen; momento en que el todo, bajo el nombre de *globalismo*, quiere que las partes existan únicamente como funciones o dependencias de dicha totalidad, o de otra forma, sean borradas o desconectadas de la red global; momento en que las partes, por otro lado, reclaman el valor de su diversidad y desconocen la autoridad del todo, lo cual conduce a Castells a considerar que ‘nuestras sociedades se van estructurando crecientemente alrededor de una oposición bipolar entre la red y la iden-

tidad’ (Castells. 1996, 3), donde la red excluye a las identidades que no pueden apoyar su constitución, mientras que los grupos excluidos construyen sus identidades al margen de esa red excluyente y en muchas ocasiones hacen conocer sus propuestas con inmensa violencia, negando cualquier posibilidad de apertura, y sustentando esa identidad en bases tradicionalistas indiscutibles.

Vivimos, entonces, un momento en que desde el un extremo se reclama la existencia de una *integralidad* ya constituida, racional y única, que conduce, insufla esencia y da forma a todos los elementos integrantes mientras que, por otro lado, también hemos vivido en estas últimas décadas una importante negativa sobre la posible existencia de *integralidad* alguna. Ianni al respecto opina: “Mientras el pensamiento de la posmodernidad afirma y reafirma la disolución de la totalidad, del gran relato, de la interpretación amplia e histórica, la razón instrumental penetra hondo en todos los rincones de la sociedad” (Ianni. 1999, 124).

En efecto, el pensamiento posmoderno abrió una interesante crítica a la razón instrumental y su incapacidad para comprender lo diverso, lo temporal, lo complejo. Cuando se creía que el pensamiento había entrado en la posmodernidad, la “¡causa del dinero!” se corona como una nueva teleología y el relato neoliberal se presenta como la supuesta “verdad” que debería gobernar todas las particularidades. El mercado se transforma en medio y fin y la racionalidad instrumental economicista pasa a ser el parámetro de evaluación de la vida material y espiritual.

* Trabajo presentado en la mesa redonda *Integralidade: qual seu significado afinal?*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, Encontro Treze Anos de Reforma da Saúde no Brasil, Porto Alegre, 10 a 12 de diciembre de 2001.

Nuestra época es una de antípodas: para unos, la *integralidad* existe y es fundamental y obligatorio supeditarse a ella; para otros, la *integralidad* es imposible. Esta antípoda dibuja a su vez las propuestas políticas del hoy y del mañana:

- a) podremos avanzar hacia la felicidad, la opulencia y la libertad siempre y cuando nos supeditemos a la *integralidad* globalista y acabemos con toda expresión diversa por su naturaleza errada y terrorista; o
- b) es imposible la *integralidad*, la propia supervivencia de los grupos humanos radica en el logro de una identidad cerrada a cualquier intento de integración con lo global porque aquello significa su negación, su muerte.

Las antípodas social y política dominantes de la presente época también se hacen presentes en el campo de la salud generando propuestas divergentes. Para unos la *integralidad* será lograda a través de la razón del mercado que propone remercantilizar los servicios públicos de salud, los mismos que han perdido su eficacia debido a la “escasez de recursos públicos, a la inequidad e ineficacia del sector público... y al peso negativo de los sindicatos y corporaciones, que ejercen una presión ilegítima sobre los gobiernos para apropiarse de una parte desproporcionada de los fondos públicos y generar así la inequidad” (Laurell. 1997). Para otros, la razón mercantil no es la respuesta, sino la reconstitución de la *integralidad* conducida por la razón del Estado y de la ciencia. Mientras que los de más allá aseveran que la salida radica en una *no-integralidad* que preconiza el retorno a la subjetividad, a la vida grupal basada en identidades primarias, sin la intervención del Estado ni de la ciencia por razones de su carácter iatrogénico.

Ante las propuestas tan disímiles y contradictorias sobre la posibilidad de armar una propuesta más integral en el campo de la salud, es menester en primer lugar manifestar que el *globalismo* neoliberal no constituye necesariamente la alternativa de *integralidad*. Al respecto, es conveniente, conforme propone Ulrich Beck, diferen-

ciar los términos *globalidad*, *globalismo* y *globalización*. *Globalidad* significa que “hace ya bastante tiempo vivimos en una sociedad mundial... percibida y reflexiva, donde ‘mundial’ significa ‘diferencia y pluralidad’ mientras que ‘sociedad’ significa estado de ‘no integración’, razón por la que la ‘globalidad’ se puede entender como “pluralidad sin unidad” (Beck. 1998, 28 y 29).

Por *globalismo*, en cambio, Beck entiende “la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político; es decir la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo”. En esta forma, el neoliberalismo reduce la pluridimensionalidad de la globalización a una sola dimensión, la económica y minimiza las otras dimensiones: ecológica, cultural, política y social. El *globalismo* pretende que la complejidad del Estado, la cultura, la sociedad, la política exterior sean tratados como una empresa, con lo cual se origina “un imperalismo de lo económico bajo el cual las empresas exigen las condiciones básicas para poder optimizar sus objetivos” (Ibidem. 27).

Por último la *globalización*, como “los procesos en virtud de los cuales, los estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios”.

Para el autor esta *globalización* tendría como un diferenciador esencial su *ser irreducible*, lo cual significa que “existe una afinidad entre las distintas lógicas de las globalizaciones ecológica, cultural, económica, política y social, que no son reducibles (ni explicables) las unas a las otras, sino que, antes bien, deben entenderse y resolverse en sí mismas y en mutua interdependencia” (Ibidem. 29). Beck continúa y dice: “Esto significa que vivimos en una sociedad mundial políticamente multidimensional, policéntrica y contingente, en la cual agentes transnacionales y nacionales juegan al gato y al ratón. Así pues, *globalidad* y *globalización* también connotan no-Estado mundial; dicho más exactamente,

sociedad mundial sin Estado mundial y sin gobierno mundial. Estamos ante un capitalismo globalmente desorganizado puesto que... no existe ningún poder hegemónico ni tampoco ningún régimen internacional” (Beck. 1998a, p. 164), ante lo cual es posible proponer una direccionalidad política diferente. El dominio economicista actual no es irreversible como preconiza el neoliberalismo.

La diferenciación entre estos tres términos es de singular importancia para nuestra aproximación al tema de la *integralidad*, puesto que su discusión y comprensión tiene plena vigencia en este momento en que nos proponen la existencia de una *integralidad* en cuanto *globalismo*. Al contrario, diríamos que la *integralidad* en cualquier campo que intentemos estudiar tiene aquella característica de “pluralidad sin unidad” de la que habla Beck, pero que puede adoptar un planteamiento de unidad a partir del acuerdo social. Éste es un aspecto fundamental y totalmente nuevo de las propuestas de *integralidad* que emergen en este momento de modernización tardía: parece que por fin queremos entender que el mundo se desarrolla y se expresa como “pluralidad sin unidad”, como desorden, como movimiento, pero que es posible llegar al orden y a la unidad como acuerdos producidos dinámicamente. En otras palabras, vivimos un momento, como diría Kandinsky en que la conjunción “o” que juzga la diferencia tajante entre la teoría verdadera o la falsa, entre el futuro seguro o inseguro, entre la cultura o la barbarie, entre lo bello o lo feo, etc. y que dictamina la necesidad de la separación, la especialización, la calculabilidad del mundo, habría perdido fuerza para transformarse en una época caracterizada por la conjunción “y” que preconiza la multiplicidad, la simultaneidad, la complejidad, la síntesis, la incertidumbre (Kandinsky. 1982).

Un segundo aspecto que es necesario indicar es que la presente aproximación al término *integralidad* intenta reflexionar sobre algunos aspectos que ayuden a pensar alrededor de la *integralidad* en el campo de la salud pública en cuanto prac-

tica social/disciplina/función estatal, ámbito en el cual laboro y conozco un poco más.

Cuando hablamos de *integralidad*, hacemos referencia a un pensamiento que posibilite mirar en forma articulada los diversos elementos o componentes que integran el campo de la salud pública y proponer acciones que, a su vez, integren las prácticas sociales en salud y las funciones estatales en este campo de una manera un tanto diferente a la tradicional.

Las bases de la *integralidad* tradicional

La *integralidad* tradicional se ha sustentado en una visión dominante del mundo concebido como sistema mecánico compuesto de piezas; la del ser humano como máquina corporal; la de la vida social como una lucha competitiva de ciudadanos por su supervivencia cobijados por un Estado que al estar supuestamente fundamentado en el conocimiento científico es capaz de acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos y brindar la felicidad a todos; y la creencia en el progreso material ilimitado a través del crecimiento económico y tecnológico. Todas estas ideas nos han acompañado durante largos años y constituyeron los componentes del paradigma de *integralidad* dominante, que ha sido criticado y ha demostrado limitaciones para interpretar y explicar muchos de los nuevos acontecimientos.

Algunas características de este paradigma:

- **Un mundo muerto.** Al respecto veamos lo que dice Laing:

“El programa de Galileo nos ofrece un mundo muerto: fuera quedan la vista, el sonido, el gusto, el tacto y el olor, y con ellos desaparecen la sensibilidad estética y ética, los valores, las cualidades,

el alma, la conciencia y el espíritu. La experiencia como tal queda excluida del reino del discurso científico. Probablemente nada haya cambiado tanto nuestro mundo en los últimos cuatrocientos años como el ambicioso programa de Galileo. Tenemos que destruir el mundo primero en teoría, para poder hacerlo después en la práctica” (Capra. 1990).

Foucault en el *Nacimiento de la clínica* hace una aseveración similar:

“Es que el hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia, no se ha tomado en el interior de su lenguaje y no se ha dado en él y por él, una existencia discursiva sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo” (Foucault. 1966, 276).

- **Desmenuzar para comprender.** Al respecto veamos lo que nos trae Capra:

“El universo material, incluyendo los organismos vivos, era para Descartes una máquina que podía ser enteramente comprendida analizándola en términos de sus partes más pequeñas... consecuentemente el mecanicismo cartesiano quedó expresado como dogma en el concepto de que, en última instancia, las leyes de la biología pueden ser reducidas a las de la física y la química” (Capra. 1999, 39 y 40).

- **El dualismo como matriz primaria.** Radical separación entre conciencia y materia, entre mente y cuerpo, entre finalidad y causalidad, entre sentimiento y razón, entre libertad y determinismo, entre existencia y

esencia. Es la típica separación entre lo uno o lo otro, conforme nos indica Kandinsky.

- **La matriz complementaria sujeto-objeto.** Surge como figura esencial la de un sujeto consciente, la de un sujeto que piensa y, por lo tanto, de un sujeto cognoscente.
- **El logocentrismo.** No solo existe la primacía del sujeto, sino la primacía de la conciencia y su capacidad para determinar íntegramente la acción humana. “Desentrañar o develar el carácter de la acción humana es acceder a la conciencia que la genera. Promover una determinada acción entre los hombres obliga, desde esta perspectiva, a generar, antes que nada, las condiciones de conciencia desde las cuales la acción puede ser entendida” (Echeverría. 1997, 299).
- **El lenguaje como instrumento asertivo.** La conciencia se manifiesta a través de las acciones del cuerpo dirigidas por ella y por medio de su instrumento privilegiado de manifestación directa: el lenguaje, que tiene la capacidad de dar cuenta de la realidad, de cumplir una función “notarial” o asertiva.
- **El conocimiento como representación.** El sujeto cognoscente es capaz de registrar las características del objeto y reflejarlas en cuanto conocimiento objetivo, modelo o representación.

¿Es posible una integralidad alternativa?

La generación de una idea de integralidad alternativa reclamaría la necesidad de visualizar un mundo vivo y en constante autoorganización y autopoiesis, que puede ser explicado parcialmente al ser “desmenuzado”, pero que para ser comprendido más integralmente requiere ser contextualizado e interpretado en su complejidad, multidimensionalidad y globalidad, donde el sujeto cognoscente es parte integral de la rea-

lidad sobre la que actúa. Actor que al accionar conoce y al conocer acciona, creando a través de su lenguaje las ideas sobre *integralidad*.

Integralidad y creación

Al ser la noción de integralidad una creación del actor, lo primero que debemos percatarnos es que aquella noción nunca será un reflejo, modelo o representación de la realidad, porque el ser vivo es un sistema autopoiético abierto desde el punto de vista material y energético y, por tanto, se encuentra en constante intercambio con el medio, pero desde el punto de vista de la información es un sistema cerrado. En esa medida, los seres vivos no pueden ser instruidos por el medio, sino que únicamente éste “gatilla” las respuestas del primero. “El supuesto de que los seres vivos son receptores de información de su medio (el supuesto de que perciben el medio) no tiene fundamento biológico” (Echeverría. 1997, 287). Las respuestas del ser vivo ante los estímulos del medio están ya preelaboradas, gracias a la determinación estructural que los seres vivos han ganado en su desarrollo filogenético y ontogenético (Maturana H. 1993). En otras palabras, el ser vivo ve u oye lo que su sistema nervioso (determinación estructural) le permite ver y oír:

“El que los seres vivos sean sistemas determinados estructuralmente tiene las siguientes consecuencias: 1) que su estructura determina lo que ocurre en ellos en cada instante; 2) que su estructura determina qué admite como perturbación o como una interacción destructiva; y c) que un agente externo solo puede desencadenar, gatillar, en ellos, un cambio de estado o una desintegración que está determinada en su estructura” (Maturana. 1983, 131).

Si las interacciones con el medio solo pueden gatillar estados que están estructuralmente predeterminados en el ser vivo, tales estados son producto suyo y no del medio. De esto se coli-

ge que un ser vivo no puede distinguir ilusión y percepción. Por ejemplo, podemos generar sensaciones luminosas (ver luces) como efecto de un golpe que recibimos en el globo ocular o por el incremento de la claridad; es decir, diferentes estímulos (golpe o luz) producen las mismas reacciones neuronales, ver luces.

Lo anterior nos informa sobre la limitación biológica del ser vivo para representar la realidad o medio, y sobre la incapacidad para distinguir entre percepción e ilusión. Solo a través de a) la reflexión; b) los ojos de los demás; y c) el lenguaje, el ser humano puede de alguna manera corregir su ilusión, aunque en muchas ocasiones “nuestros sistemas de ideas (teorías, doctrinas, ideologías) son sujeto de error y, además, protegen los errores e ilusiones contenidas en esos sistemas” (Morin. 2001, 19) a través de racionalizaciones, errores intelectuales, paradigmas engeguedores, ideas posesivas, etc., razón por la que es importante considerar que cualquier propuesta de *integralidad*, debe ser interpretada como una creación cultural temporal, producida por acuerdos intersubjetivos y debe necesariamente soportar cierto margen de incertidumbre.

El párrafo anterior nos conduce a la necesidad de siempre pensar sobre el pensar, esto es conocer la forma en que conocemos, requisito indispensable para generar una idea de *integralidad* posible e incierta. En segundo lugar, la necesidad de que los ojos de los demás constituyan los necesarios generadores de la *integralidad* habla sobre la necesidad de construirla participativamente a través de acuerdos y, por último, el requerimiento de que lo hagamos a través del lenguaje reclama una interpretación distinta del mismo, en cuanto creador de mundos y no únicamente como instrumento notarial o asertivo.

Integralidad y vida

Ahora bien, los seres vivos existen solo mientras conservan su organización y su adaptación al

medio. Su organización establece su identidad, mientras que su adaptación expresa su capacidad de interactuar con su medio evitando su desintegración y ratificando su organización. En esa medida no existen seres vivos más o menos adaptados, si están vivos es porque están adaptados.

Por otro lado, si están adaptados y pueden conservar su organización, si pueden vivir, es porque conocen el medio. Por tanto, vivir es conocer y conocer es vivir. La última frase nos pone en conflicto con la afirmación cartesiana “pienso, luego existo”, que nos conduce a concebir que el conocimiento está fundado, por completo, en el pensamiento o en la razón; al contrario, el conocimiento se hallaría más bien fundado en el vivir, donde la potencialidad de aprendizaje radicaría en el cambio de formas de convivencia. En esa medida, requerimos primero interpretar el conocimiento que ocurre en práctica ya que “todo hacer es conocer y todo conocer es hacer” (Maturana. 1993), para luego acometer el conocimiento que se da a través del pensar.

En esa medida, cualquier propuesta de *integralidad* tiene que hacer referencia a las formas de práctica y convivencia, crisol donde se funden las ideas que necesariamente recolocan al ser humano como un ser complejo, definido por su racionalidad, pero también por su irracionalidad; por su capacidad de trabajo y producción, pero también por su realidad lúdica; por su carácter pragmático, pero también por su fuerza imaginativa; por su capacidad económica, pero también por sus necesidades de consumo; por su vida prosaica, pero también por su esencia poética.

Por cuanto el conocer está íntimamente imbricado con el vivir y viceversa, es mandatorio pensar que cualquier propuesta de *integralidad* siempre expresará las bases biológicas y culturales de sus creadores pero, además, tendrá que integrar las características complejas del ser humano ya enunciadas anteriormente. En otras palabras,

la *integralidad* no puede definirse únicamente a partir de la razón instrumental y al mundo de las cosas, sino que deberá considerar primeramente aquellas otras racionalidades ligadas al mundo de la vida.

Al intentar establecer una integralidad donde la vida es el eje ordenador, es por lo tanto indispensable interpretar las características propias de la realidad antes de tratar de explicarlas. El método tradicional concibió la realidad como un autómata ordenado y racional, donde “Dios no juega a los dados”, conforme sostiene Einstein; en esa medida, el mundo siempre era explicable bajo el amparo de la razón positivista. En los momentos actuales la concepción de la realidad, como Stapp indica, “es fundamentalmente anárquica o fundamentalmente indivisible” (Randall. 1976), lo cual comanda en todo momento a tratar de interpretar los caprichos de la realidad antes de explicarla. En las ciencias sociales, Giddens nos recomienda cumplir en primer término una hermenéutica a través de la inmersión del investigador en la vida de la población para construir con ésta un primer saber mutuo que posibilite más tarde llevar a cabo una segunda hermenéutica de carácter explicativa, enfrentando dicho conocimiento mutuo a las teorías científicas existentes (Giddens. 1993).

Para poder cumplir aquel primer momento interpretativo, la ciencia ha debido recurrir a formas lógicas recursivas que den cuenta de la naturaleza autoorganizativa de la naturaleza, autopoietica de la vida y autonómica del sujeto, mientras que las ciencias sociales proponen registrar no solamente las expresiones humanas guiadas por la conciencia discursiva, sino que aquellas acciones conducidas por formas de conciencia práctica. En otras palabras, la lógica instrumental medio-fin que posibilitó la constitución de la modernidad tiene que necesariamente ser complementada con una lógica que posibilite interpretar aquel mundo interconectado y autoorganizado del que hablamos.

Vida e integralidad

En el acápite anterior se sustentó la necesidad de que la *integralidad* sea construida respetando la especial característica vital del ser humano productor de las ideas sobre dicha *integralidad*. En otras palabras, sostenemos que la *integralidad*, a estas alturas no es posible entenderla como un “reflejo” de la realidad, sino como una creación o construcción humana que trata de interpretar el mundo siempre cambiante y como acción biológica y cultural. Pero, además, es conveniente concebir que esa *integralidad* en cuanto “modelo” de la realidad se ha complejizado notoriamente en los últimos cincuenta años.

La *integralidad* constituida desde el siglo XVII hasta el XX y que se prolonga con fuerza en el XXI, es una *integralidad* muy diferente a la que necesitamos ahora. Galileo nos dice “La filosofía está escrita en el gran libro que se abre ante nosotros, pero para entenderlo tenemos que aprender el lenguaje y descifrar los caracteres con los que está escrito. El lenguaje es la matemática y los caracteres son los triángulos, los círculos y las demás figuras geométricas” (Randall. 1976). Es decir, desde Copérnico y Galileo, la construcción de una idea de *integralidad* tan solo fue posible a través de la comparación de las cosas, esto es, a través de las matemáticas, haciendo oídos sordos a las voces de la vida y de esas mismas cosas en cuanto cambio, movimiento, autoorganización.

La necesidad de transformar todo en cosas inanimadas y desconectadas procede posiblemente del interés de domeñar la naturaleza para hacerla nuestra. Al respecto, recordemos lo que nos recomendaba Bacon: la naturaleza debe ser “acosada en sus vagabundeos”, “sometida y obligada a servir”, “esclavizada”, “torturada hasta arrancarle sus secretos” (Merchant. 1980)¹.

Esos secretos arrancados a la naturaleza permite la construcción de máquinas, que pueden constituir metáforas (*integralidades*) válidas para interpretar todo, desde los cuerpos físicos hasta el ser humano, conforme propone Descartes: “veo el cuerpo humano como una máquina... En mi opinión... un enfermo y un reloj mal hecho pueden compararse con mi idea de un hombre sano y un reloj bien hecho” (Capra. 1982: 65). Más tarde, la mecánica newtoniana concebirá que todos los fenómenos físicos se reducen al movimiento de partículas de materia provocado por su atracción mutua, esto es, por la fuerza de gravedad. “A consecuencia de esta idea, el mundo comenzó a ser considerado un sistema mecánico que podía describirse objetivamente sin tomar en cuenta al observador humano, y esta descripción objetiva de la naturaleza se tornó el ideal de todas las ciencias” (Capra. *Ibidem*, 70).

La física moderna ha reemplazado la imagen mecánica de integralidad del universo por una de unidad en que todas las partes están interconectadas. A nivel subatómico, lo esencial no constituyen las partículas que pueden a su vez ser ondas, sino las relaciones e interacciones existentes entre ellas. “Hay movimiento pero, no hay, en el fondo, objetos que se muevan; hay actividad, pero no hay actores; no existe danzantes, solo existe la danza” (Capra. *Ibidem*, 101).

El mundo fenoménicamente se presenta siempre para nosotros como nuevo, como variable, como cambiante, pero la física clásica lo redujo a apariencias. El siglo XIX interpretó la vida como constante evolución y entró en conflicto con los postulados de la ciencia newtoniana, pero ahora la moderna física ha demostrado a finales del siglo XX que no solamente las estrellas nacen, viven y mueren, sino que como el propio universo tiene una historia, las partículas elementales no paran de crearse, de desaparecer y transformarse.

1. Este comportamiento es muy peligroso: “La unidad de supervivencia es el organismo más el ambiente. Estamos aprendiendo a través de la amarga experiencia que el organismo que destruye su ambiente se destruye también a sí mismo” (Bateson. 1992, 516).

Para poder entender este universo como eterno reinicio, la física ha debido:

- a) Crear una noción de evolución y aceptar la *irreversibilidad* de los procesos, esto es la quiebra entre el antes y el después, el apareamiento de lo nuevo.
- b) Integrar la noción de *acontecimiento*, que no puede ser deducido de una ley determinista: lo que aconteció podía no haber acontecido y, por lo tanto, las posibilidades de que ningún saber puede reducir, remiten más bien a una propia normatividad de la materia en actividad.
- c) La noción de *coherencia* como realidad que ocurre en los procesos fuera de equilibrio, que producen una autoorganización, esto es, originan nuevos comportamiento colectivos de partículas correlacionadas que generan transformaciones cualitativas (Granda. 1995, 207).

Ésta es la razón por la cual la física ha introducido conceptos tales como *sensibilidad*, *inestabilidad*, *bifurcación*. La *sensibilidad* une la definición del sistema a su actividad, la *inestabilidad* hace relación a la sensibilidad del sistema a sí mismo, a las fluctuaciones de su propia actividad, y la *bifurcación* describe al sistema cuando éste se torna inestable y puede evolucionar en la dirección de varios regímenes de funcionamiento. Prigogine y Stengers dicen "... en estos puntos (de bifurcación) un 'mejor conocimiento' no nos permitiría deducir lo que ocurriría y sustituir las probabilidades por las certezas... Hoy se conoce que un mismo sistema puede, en la medida en que se aumenta su desvío, atravesar múltiples zonas de inestabilidad, en las cuales su comportamiento se modificará de manera cualitativa y podrá adquirir un régimen caótico, en que su actividad puede ser definida como el inverso del desorden indiferente que reina en el equilibrio: ninguna estabilidad garantiza más la pertinencia de una descripción macroscópica, todos los posibles se actualizan, coexisten e interfieren, el

sistema es al mismo tiempo todo lo que puede ser" (Prigogine y Stengers. 1992).

En esta forma, la física quiebra su noción de ciencia modelo, siempre basada en las leyes invariantes y nunca cercanas a las variaciones, al cambio. El requerimiento de la invariabilidad, del equilibrio estaba siempre concebido, como habíamos dicho anteriormente, a la necesidad de mantener los sistemas sometidos a quien los manipula, pero hoy debe reconocer que fuera del equilibrio esa definición debe ser abandonada para dar paso a nuevas nociones de inestabilidad, coherencia, sensibilidad y bifurcación.

Lejos del equilibrio los procesos no pueden ser comprendidos dentro del esquema compensatorio causa-efecto, sino que éstos se articulan en arreglos singulares, sensibles a las circunstancias que les rodean, capaces de cambios cualitativos, abiertos a la bifurcación de sus trayectorias, originadores de lo nuevo. "Desde el origen, la física fue dilacerada por la oposición entre el tiempo y la eternidad: entre un tiempo irreversible de las descripciones fenomenológicas y la eternidad inteligible de las leyes que debían permitirnos interpretar esas descripciones fenomenológicas. Hoy, el devenir y la inteligibilidad ya no se oponen, pero la cuestión de la eternidad ni por eso abandonó la física... ella aparece bajo nueva luz, en la posibilidad de un eterno recomenzar, de una serie infinita de universos a traducir la eternidad incondicionada de esa flecha del tiempo que confiere a nuestra física su nueva coherencia... La idea de eternidad parece que impuso una confrontación trágica entre el hombre, cuya libertad impone y afirma el tiempo, y un mundo pasivo, dominable y transparente al conocimiento humano" (Prigogine y Stengers. *Ibidem*).

Esa idea rompió el diálogo entre ciencias naturales y sociales, diálogo que al final del siglo XX parece haber reiniciado, ya que la ciencia, al igual que el arte y la filosofía, es experimentación

creadora de cuestiones y de significaciones y, en ningún momento, está destinada a basarse en una racionalidad instrumental destinada a destruir lo que no puede comprender. Los físicos y los biólogos han comenzado a aceptar que la definición de su objeto no está dada de una vez por todas, sino que puede depender de la manera intrínseca del régimen de actividad de lo que estudian. Así también, los científicos sociales, en su intento de conocer la sociedad, están obligados necesariamente a tomar en consideración la forma en que los seres humanos crean el sentido del mundo en que viven, tal como nos propone Beck al analizar la *globalización*. A pesar de que los hechos tienen grandes diferencias, se visualiza un germen de una nueva coherencia entre las aproximaciones científicas natural y social. Con lo cual se estaría planteando el requerimiento, como habíamos dicho anteriormente, de siempre comprender los fenómenos y no pasarlos por alto en nuestro intento de generar las ideas sobre *integralidad*.

Integralidad: ¿cuál es su significado?

Hemos resaltado algunos rasgos de lo que ocurre en las ciencias sociales, biológicas y físicas, con miras a utilizarlos en nuestra aproximación a una noción de *integralidad*:

- El mundo en sus versiones social, biológica y física se caracteriza por una diversidad sin unidad dada, sin *integralidad* constituida, sino constantemente dándose o constituyéndose
- Vivimos acontecimientos: lo que aconteció podía no haber acontecido, lo cual remite a la propia normatividad de la materia en actividad, a la capacidad de la vida para autoinventarse (autopoiesis) o a la dinámica de la acción social y su in-

teracción con las estructuras. Es por esto que no vivimos en un universo sino en un multiverso (Maturana. 1997).

- Al no existir una *integralidad* dada, ésta deviene en cuanto tal a través de la actividad relacionada de los actores: la "danza" de la que nos habla Capra, o las "redes autodependientes" del mismo autor, la "interacción" que nos refiere Maturana, el "poder del flujo" que nos hace referencia Castells (Castells. Op. cit.).
- La *integralidad* en cuanto actividad de la materia o acción biológica o acción social que ocurre en la realidad se traducirá en creaciones biológico-culturales diversas por parte de los observadores humanos, ya que cada grupo humano privilegiará en su accionar ciertos aspectos de esa realidad para construir su propia *integralidad*
- Las *integralidades* humanamente construidas son, entonces, *integralidades* siempre parciales, inciertas y cambiantes. Éstas podrán ganar mayor veracidad siempre y cuando el observador realice un acercamiento a la realidad de naturaleza contextualizada y la interprete en su complejidad, multidimensionalidad y globalidad, valiéndose además de los ojos de los demás. De esta manera, la construcción de la *integralidad* es un devenir práctico-teórico
- La categoría *integralidad* es fundamental para intentar comprender cualquier proceso, fenómeno o parte; dicho en otras palabras, sin noción de *integralidad* es difícil conocer.
- Si no se forja la categoría *integralidad*, ésta será sustituida por la noción pseudo-

concreta *globalismo* o por una *integralidad* producto de la relación abstracta entre cosas.

Integralidad y salud colectiva

La coyuntura actual reclama de la salud colectiva un pensamiento sobre *integralidad* lo suficientemente amplio y comprometido para interpretar y explicar la situación actual de salud y de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y salud cada vez más deterioradas de las mayorías poblacionales, promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un Estado democrático coherente con estas necesidades y derechos, el mismo que a su vez debe ser capaz de tejer redes de cooperación internacional en este campo.

La salud pública que ha guiado nuestro pensamiento y acción en América Latina durante el siglo XX (Granda. 1999, 83-84) se ha basado en una propuesta de *integralidad* tradicional de la que hemos hablado, sustentada en un trípode constituido por:

1. El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud.
2. El método positivista como base explicativa de la "verdad" sobre el riesgo.
3. La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para calcular el riesgo y asegurar la prevención.

El salubrista, entonces, se constituyó en un agente del Estado y de la ciencia, un interventor técnico-normativo, que a través de su accionar lograba efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la "verdad" de la

ideología científico-tecnológica positivista, con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo transformada en objeto, la misma que no solo recibía la intervención "civilizatoria" de la ciencia y la técnica sino que tenía, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa por no responder al universalismo de la razón.

El accionar del salubrista se fundamentaba, de esta manera, en una mítica idea sobre *integralidad* consistente en que la ciencia positiva, la técnica y el Estado solucionarán todos los problemas de salud. Es por esto que la salud pública fue bastante consistente durante el siglo anterior. Pero en este momento de globalización es necesario reconocer que el trípode sobre el que nos sustentamos y que nos permitió cosechar algunos éxitos en el control de enfermedades tropicales, la erradicación de la viruela y poliomielitis, el avance en la explicación de muchos trastornos crónico-degenerativos, etc., debe ser repensado. Parece que hemos llegado al convencimiento de que:

- a) no es posible lograr la salud únicamente por el descuento de enfermedad;
- b) la aproximación positivista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción también ha sido grandemente criticada; y
- c) el Estado, supuesto "mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos", ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía, transformándose en intermediador de intereses distintos y, por lo general, contrapuestos.

Explicemos estos hechos con un poco más de detenimiento: el Estado-nación, contenedor del quehacer en salud pública y principal impulsor de la misma, ha debilitado su autonomía y soberanía transformándose en un intermediario sin gran poder para definir y defender las políticas sociales en el campo de la salud colectiva. Al mismo tiempo nuevos poderes han aparecido

representados por las identidades defensivas y proyectivas, que defienden aspectos íntimamente ligados con su mundo de la vida y proyectan su accionar político hacia otros actores y ámbitos de la sociedad. En esa medida, desde la medicina social debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de nuestra disciplina radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes-mediadores de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

En esa medida debemos cambiar las formas de ver, interpretar y actuar:

La mirada: la salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma y la ciencia positiva, mientras que ahora requerimos mirar cómo los sujetos individuales y colectivos producen su salud en el diario vivir.

La interpretación: es fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relación en redes autodependientes, sistemas complejos, etc., avances que en alguna medida se integran a la medicina social y que nos brindarán nuevos elementos para una mejor comprensión el complejo mundo de la vida (Almeida. 1999).

Pero, además, es fundamental que también cambiemos nuestras formas de interpretar la vida social. Al respecto, las ciencias sociales, como hemos dicho anteriormente, han avanzado notoriamente y plantean la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica directa con la población, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su

poder, a través de todo lo cual genera metáforas propias sobre su salud y enfermedad. Pero, además, las nuevas ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer, con el aporte de la ciencia y la técnica, las formas de vida cotidiana de los grupos sociales.

La acción: al proceder en esta forma, lograríamos una mayor imbricación de la salud con la propia vida poblacional, pero al mismo tiempo nos vemos en la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos filosóficos, teóricos, metodológicos y técnicos para llevar a cabo la tarea de interpretación y traducción de las necesidades poblacionales en acciones desarrolladas por la propia población, pero enriquecidas con los insumos de la ciencia y la técnica, en acciones llevadas por las instituciones existentes y de lucha solidaria por la defensa de la salud y por la protección de la vida de la naturaleza, de la sociedad y de sus instituciones. En este momento de *globalismo* es fundamental, entonces, para la medicina social impulsar la lucha por la salud sustentada en sólidos principios éticos, que deben estar dirigidos a defender la salud poblacional, la dinámica ecológica, las diversidades sustentadas por las distintas identidades y sus instituciones.

En esa medida, el trípode que constituyó la base de salud pública tradicional deberá transformarse para dar paso a uno diferente fundamentado en:

1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
2. Un método que integra diversas metáforas y hace variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista), pero con un importante peso de las metáforas del "poder de la vida".
3. Un accionar que integra diversos poderes y actores: el poder del individuo, de los públicos o movimientos sociales y poderes locales

que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales. En este sentido, es fundamental utilizar métodos para abordar la realidad que permitan, al mismo tiempo, comprender la acción y la estructura como procesos interrelacionados, simultáneos y diversos.

En general, este nuevo trípode rescata los aspectos positivos alcanzados por la salud pública, critica su especial enamoramiento con la enfermedad y la muerte y su proyección interventora técnico normativa para establecer un énfasis

notorio en tres aspectos: a) el poder de la vida; b) lo ético; y c) la política con miras a generar conocimientos y acciones de defensa de la salud, la vida y la democracia.

Estos énfasis apoyan, por otro lado, la construcción de una *integralidad* en cuanto devenir, en cuanto proceso que está *dándose*; acontecimiento que podrá transformarse en un logro práctico (Ayres. 2001) en la medida en que mantenga una dinámica que potencie la vida y la construcción democrática, siempre criticable debido a su naturaleza parcial e incierta.

Bibliografía

Almeida Naomar. *La Ciencia Tímida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

Ayres José Ricardo. *Repensando conceitos y prácticas em saúde pública*. Lima: Ponencia presentada al VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud; junio de 2001.

Bateson Gregory. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta; 1992.

Beck Ulrich. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Editorial Paidós; 1998a.

Capra Fritjof. *El punto crucial*. Buenos Aires: Editorial Troquel; 1982.

Capra Fritjof. *Uncommon wisdom*. New York: Simon and Schuster; 1988.

Capra, Fritjof. *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama; 1996.

Castells, Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture, volume I, The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell; 1996.

Echeverría Rafael. *El búho de Minerva*. Santiago: Dolmen; 1997.

Foucault Michael. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1966.

Giddens, Anthony. *New Rules of Sociological Method* (second edition). Stanford: Stanford University Press; 1993.

Granda Edmundo y col. *Salud pública: hacia la ampliación de la razón*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y ALAMES; 1995.

Granda, Edmundo. *Salud pública e identidad*. En: Boletín ecuatoriano de salud pública y desarrollo de áreas de salud. (4): 80-90; 1999.

Ianni, Octavio. *La sociedad global* (segunda edición). México: Siglo XXI; 1999.

Kandinsky, Wassily. *Some Regards on Synthetic Art*. Boston; 1982.

Laurell, Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Era; 1997.

Maturana, Humberto y Varela Francisco. *El árbol del conocimiento*. Novena edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.

Maturana, Humberto. *La objetividad: un argumento para obligar*. Santiago: Dolmen; 1997.

Merchant, Carolyn. *The death of nature*. New York: Harper and Row; 1980.

Morin, Edgar. *El método: la vida de la vida* (tercera edición). Madrid: Ediciones Cátedra; 1997.

Morin, Edgar. *Seven complex lessons in education for the future*. París: Unesco; 2001.

Prigogine, Ilya e Stenger, Isabel. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda.; 1992.

Randall, John. *The Making of the Modern Mind*. New York: Columbia University Press; 1976.

Artículo 11

ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina*

Introducción

Es muy difícil abordar en toda su amplitud las diferentes facetas de ALAMES durante sus veinte años de vida. ALAMES es una asociación que une personas e instituciones ubicadas en diferentes ámbitos: academia, movimientos sociales, políticas y servicios de salud, investigación; que dirige su atención a la producción de conocimientos en el campo, pero que a su vez tiene una definida intencionalidad política y que obra como un engraxe solidario entre sus miembros.

ALAMES tiene una historia que une varias historias, las mismas que deberían ser contadas a partir de un proceso de investigación más profundo y serio de lo que trata de hacer este documento. En esta aproximación, tan solo intentaremos hablar sobre algunas cuestiones: a) rasgos históricos y el significado del término medicina social y b) la definición de nuestras señas particulares. Proponemos, por otro lado, visitar tres movimientos simultáneos que van: - desde la preocupación centrada alrededor del concepto salud-enfermedad al énfasis en la categoría práctica de salud; - desde la insistencia por establecer las diferencias disciplinarias a la búsqueda de unidad en la acción; y - desde el espacio académico a otros espacios de la práctica; para por último centrarnos en visualizar algunas perspectivas.

Rasgos históricos y significado del término medicina social

En 1984, año de nacimiento de la Asociación Latinoamericana de medicina social (ALAMES), Juan César García¹, en el último documento que escribe y que trata sobre la *Presentación* del libro *Ciencias Sociales y Salud en la América Latina*, contesta a la pregunta *¿cuál es la historia y el significado del término medicina social?* en la siguiente forma:

“Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neumann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; y Francesco Puccionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas,

* Conferencia presentada en el IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social, mesa redonda La salud: un derecho a conquistar, en Lima, 11 al 15 de agosto de 2004.

1. García, Juan César. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: McGraw-Hill - OPS/OMS; 1994.

poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico”.

Y luego prosigue:

“El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los “problemas sociales” y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de medicina social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Su uso siempre tenía... un carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848”.

Cuatro son las características fundamentales que Juan César asigna al término medicina social acuñado en la Europa del siglo XIX: a) la naturaleza social de la enfermedad; b) la responsabilidad del Estado en la solución de la misma; c) la posibilidad de ser analizada cuantitativamente, haciendo uso del creciente instrumental matemático estadístico producido por las ciencias naturales y d) el carácter combativo y revolucionario de la propuesta.

Juan César García es, sin lugar a dudas, uno de los impulsores de la medicina social latinoamericana y, bien podríamos decir, un fundador de ALAMES, razón por la que reproducimos sus ideas como una síntesis interpretativa de los debates que venían sucediéndose desde la década de los cincuenta y sesenta del siglo XX en la

región, alrededor de la posibilidad de forjar una disciplina diferente a la salud pública y a la medicina preventiva, la misma que debía tener las cuatro características indicadas: integrar el pensamiento social, supeditarse a los cánones de la ciencia, ampliar la responsabilidad del Estado y tener un compromiso político con el cambio.

La medicina social intenta lograr su identidad en contraposición con la salud pública, la misma que desde su nacimiento en Inglaterra se “orientaba (en las palabras de Franco y Nunes) más a las acciones prácticas relacionadas con medidas de saneamiento y consideraba al Estado como un agente complementario de la iniciativa privada”.² Mientras que la versión norteamericana con asiento en la Universidad Johns Hopkins, que luego se difundiría por todo el continente americano, la salud pública dirige su atención a la formación de los oficiales públicos de los departamentos de salud estatales, bajo el planteamiento que

“... los profesionales públicos entrenados en salud pública resolverán los peores problemas sociales y de salud de las ciudades industriales, incrementarán la salud de los trabajadores agrícolas, mitigarán los extremos de riqueza y pobreza, aumentarán los niveles de productividad y eficiencia, y conservarán los recursos humanos que son la base de la riqueza nacional”.³

La naciente medicina social critica a la salud pública su proyección elitista e idealista y su énfasis tecnicista y estatalista, así como su vocación conservadora.

También se diferencia de la medicina preventiva. En las palabras de Arouca, la medicina preventiva constituye un

“... movimiento ideológico que intentaba transformar las representaciones sobre las prácticas médicas sin intentar, con todo, ser un movimiento político que realmente transformase estas prácticas. De esta forma, su discurso mantenía una relación de organicidad con el movimiento histórico vivido por la sociedad norteamericana, representando una lectura civil y liberal de los problemas de salud... la medicina preventiva parece como una práctica ideológica ligada a los grupos hegemónicos de la sociedad civil y existiendo como una norma que se instaura, por sus propias contradicciones, en el terreno de la articulación de la medicina con lo económico”.⁴

En cambio la medicina social, en sus orígenes europeos aparece para Arouca como... “un movimiento de modificación de la medicina, ligada a los propios cambios de la sociedad”.

Adquiere también otra tendencia que la ubica en

“... los límites de las ciencias actuales... una tentativa de redefinir la posición y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer demarcaciones conceptuales, colocar en cuestión los cuadros teóricos, en fin, se trata de un movimiento a nivel de la producción de conocimientos que, reformulando las indagaciones básicas que posibilitaron la emergencia de la medicina preventiva, intenta definir un objeto de estudio en las relacio-

nes entre lo biológico y lo psicosocial... Se trata de un discurso que procura su organicidad en la contradicción de las clases sociales, asumiendo una posición delante de estas contradicciones”.⁵

El carácter social de la enfermedad y la “tentativa de redefinir la posición y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer demarcaciones conceptuales, de colocar en cuestión los cuadros teóricos, de estudiar las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial, de lograr su organicidad en la contradicción de clases sociales, asumiendo una posición”, obligan a la medicina social a reflexionar sobre las ciencias sociales que habían venido guiando el pensamiento y la práctica de la salud pública convencional y de la medicina preventiva. Al respecto, los participantes en la “Reunión sobre enseñanza de las ciencias sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud (Cuenca I)”⁶ en Cuenca, mayo de 1972, critican la aproximación funcionalista de la sociología médica dominante, en la siguiente forma:

“El análisis funcionalista —centrado en el análisis estático de los fenómenos sociales, eliminando el carácter de proceso de dichos fenómenos, y desligado de la base material en la cual estos se producen— se transformó en el modelo prevalente de ordenamiento del conocimiento en ciencias sociales... Las consecuencias teóricas de esta integración son que la sociología médica, entendida ésta como la aplicación del análisis funcionalista a los problemas de salud, ha contribuido a una concepción estática y a una descripción formalista de la

2. Franco, Saúl y Nunes, Everardo. “Presentación”. En: *Debates en medicina social*. Quito: ALAMES-OPS/OMS; 1991.

3. Fee, Elizabeth. *Disease and Discovery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1987.

4. Arouca, Sergio. *O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Campinas: Tesis de doctorado presentada a la UNICAMP; 1975.

5. *Ibidem*.

6. Álvarez, Manila José; Apezchea, Héctor; Cordeiro, Hésio; Duarte, Everardo; Gandra, Domingos; Escalante, Carlos; García, Lourdes; García, Juan César; Jimeno, Claudio; Machado, Yolanda; Mercer, Hugo; Rubín de Celis, Emma; Villagrán, Francisco; Yépez, Rodrigo. “Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina”. En: *Educación Médica y Salud*, 8(4): 390-407; 1974.

relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general. En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social”.

Medicina social latinoamericana: señas particulares

Los participantes en dicha reunión recomiendan construir un modelo alternativo que debe reunir las siguientes características:

- “Centrarse en el análisis del cambio.
- Incluir elementos teóricos que permitan investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas.
- Permitir el análisis tanto de niveles específicos de la realidad como de niveles estructurales y las relaciones entre ambos”.

Proponen, además, algunos lineamientos metodológicos básicos que deberían tomarse en consideración:

1. “Las relaciones entre el concepto salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas.
2. Las relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción, las formaciones socioeconómicas y los conceptos de salud.

3. Las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica en el continente... deberán inscribirse dentro de la relación dinámica entre modos de producción y formaciones socioeconómicas específicas, y la definición epistemológica de las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas concordantes con este nuevo modelo...”

Ante las limitaciones encontradas con el funcionalismo y ante los requerimientos anteriormente indicados, se considera que la única vertiente del conocimiento y de la acción que pueden dar respuesta a la complejidad de la demanda de la realidad actual y de las propuestas teóricas y prácticas para construir el quehacer en salud futuro es el materialismo histórico y dialéctico. Juan César García, en su trabajo “Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud,”⁷ publicado en 1983 analiza esta situación y delimita el ámbito filosófico en el que debe moverse la medicina social. Reconoce en este documento la existencia de corrientes idealistas y materialistas y obviamente se define por las materialistas. Dentro de las materialistas establece que el marxismo es el que permite el análisis más adecuado y científico ya que posibilita “conocer objetivamente la esencia de los objetos del mundo exterior, oponiéndose a todas las formas de agnosticismo, como el positivismo y el kantismo”. Se inclina, además, por las tendencias analíticas marxistas que entrega mayor énfasis a las fuerzas productivas antes que aquellas que dan primacía a las relaciones de producción. Critica al neopositivismo y a la

fenomenología, reconociendo que la proyección radical en el campo de la salud por parte de la fenomenología había tomado ribetes reaccionarios al coincidir con las propuestas neoliberales de reducción de la responsabilidad del Estado en salud y de traslado de la misma a la sociedad civil.

Juan César García, como habíamos indicado, considera con mucha decisión y claridad que el avance de la medicina social radica en su matrimonio con el marxismo y deslinda cualquier posibilidad que otras corrientes puedan liderar, aunque sí apoyar el empeño. En otras palabras, la potencialidad de integrar el pensamiento social con la medicina, su proyección científica, la potencialidad de analizar y recuperar la responsabilidad del Estado en la salud, y el compromiso político con el cambio deberían ser asumidas a través del método histórico-estructural.

Considero que esta proyección tuvo mucha fuerza en el momento mismo del nacimiento de ALAMES aunque no fue la única, ya que desde otros sectores de la misma medicina social se consideraba que los marxismos se encontraban en debate; otros, en cambio, creían que la ciencia no constituía la respuesta única a todos los males existentes en el campo; o que los servicios de salud proporcionados por el Estado benefactor limitado de América Latina debían ser defendidos pero también criticados ante su burocratización; o que el pensamiento excesivamente determinista por parte de lo estructural y lo económico sobre la enfermedad y sobre las respuestas sociales en salud conducía a nuevas versiones de funcionalismo de izquierda; o que la ausencia de una reflexión profunda sobre la categoría salud no diferenciaba grandemente esta iniciativa de la criticada salud pública tradicional. A pesar de las diferencias, todos los actores de la medicina

social estaban y están de acuerdo que la base de sustento y de unión del pensamiento y del quehacer en este campo es la idea del cambio, esto es la transformación de la situación de salud de nuestras poblaciones.

ALAMES al nacer en 1984 en Riberão Preto reúne diversas tendencias bajo el paraguas del marxismo, el mismo que constituye la amalgama que posibilita la unión de los similares y la convocatoria a los diferentes, dinamiza una importante producción teórico-metodológica, apoya el desarrollo de importantes acciones y productos relacionados con la salud, pero también, para algunos de los que participan en nuestras reuniones y congresos, configura, en un inicio, un cierto “dogmatismo”, una imagen de “sectarismo” y de un posible alejamiento de la “realidad real”, con el consiguiente enamoramiento de una “realidad creada” en las academias.

No quiero discutir aquí sobre las posibilidades absolutas o relativas del marxismo pero sí es importante indicar que aquellas nociones de la medicina social decimonónica europea, las mismas que ya las he mencionado: compromiso político con el cambio, salud-enfermedad como hecho social, importancia de la ciencia en la construcción de la disciplina y la responsabilidad del Estado en este campo fueron excelentemente amalgamadas por el marxismo. En esa medida, los productos teóricos y metodológicos en los primeros años de existencia de ALAMES y en el decenio anterior a su nacimiento tienen un sello histórico-estructural marcado y es el que al mismo tiempo define nuestras señas particulares que nos llevaron a diferenciarnos de la salud pública convencional y de la medicina preventiva norteamericana. La naciente medicina Social vive un momento, como lo demostró la segunda reunión de Cuenca⁸ en 1983, caracterizado por

7. García, Juan César. “Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educación Médica y Salud”. En: *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: Interamericana-OPS/OMS; 1994.

8. Duarte, Everardo (organizador). *Ciencias sociales y Salud en América Latina*. Montevideo: OPS-CIESU; 1986.

el intercambio de conocimientos entre grupos de investigación y docencia, fundamentalmente ubicados en las universidades, que ratifican el papel determinante de lo social y económico sobre el comportamiento de la salud-enfermedad y sobre las respuestas sociales en este campo; en otras palabras, la epidemiología va ganando un condumio social al introducir desde el materialismo histórico las categorías producción y trabajo como ejes del pensamiento. Igual ocurre con la administración en salud, la misma que también amplía su horizonte de visibilidad hacia el ámbito del análisis del Estado, la política, la crítica a la planificación tradicional, las tecnologías en salud. El área de la educación del personal de la salud es considerada como un espacio de producción de ideologías y de talentos, profundamente determinada por lo que ocurre en la formación económica social.

Del concepto salud-enfermedad a la categoría práctica en salud

Las cuatro nociones que menciono, dinamizadas en el yunque del método histórico-estructural posibilitaron, en un inicio, cumplir con nuestra necesidad de diferenciarnos de la salud pública y la medicina preventiva con miras a establecer nuestra señas particulares y construir los elementos conceptuales de la medicina social, pero en el mismo momento en que nacía la medicina social, los compañeros y compañeras de Brasil nos recomendaban reflexionar sobre la potencialidad de utilizar otra categoría, cual es la de *salud colectiva* para acoger a toda esta nueva proyección teórica y práctica en el campo de la

salud. Al fin y al cabo, toda medicina es social, “y lo que no existe es una medicina no social”,⁹ nos había dicho Foucault.

Sonia Fleury propone “tomar lo colectivo en sus manifestaciones histórico-concretas... como objeto de análisis y campo de intervención”.¹⁰ Al así proceder estableceríamos un objeto que se halla caracterizado por las “prácticas sociales de la medicina que procuran recuperar o mantener la salud, y comprendería también los procesos mismos que mantienen la salud o provocan la enfermedad... así, el objeto de esta disciplina no estaría representado por cuerpos biológicos sino por cuerpos sociales; en otras palabras, no se trata de meros individuos, sino de sujetos sociales, de grupos y clases sociales y de relaciones sociales referidas al proceso salud-enfermedad”, nos propone Pereira.¹¹ Al así pensar y proceder es posible cumplir con aquello que habían visualizado Donangelo y Campos, esto es:

“1. La relativa superación del proyecto original de la medicina preventiva en su subordinación inmediata al objeto de la clínica. Consecuentemente, la posible reorientación de lo colectivo, que ya no está reducido necesariamente al conjunto de influencias sociales que inciden sobre el individuo; 2. El aumento, si no la propia dislocación, del acento puesto en la cuestión de salud/enfermedad, en relación con la cuestión de la práctica de la salud de acuerdo con distintas perspectivas (de la administración de servicios al análisis de la práctica sanitaria en sus articulaciones políticas e ideológicas)”.¹²

La salud colectiva brasileña propone que nuestro objeto de reflexión e intervención no sean meros individuos, sino sujetos sociales y también recomienda dislocar el acento puesto sobre la cuestión de la salud/enfermedad hacia la práctica de la salud, lo cual (para mi modo de entender) apoya la ampliación del horizonte de visión y acción de la salud colectiva-medicina social y posibilita una relación mucho más directa con aquellas prácticas médicas y no médicas que ayudan a promover la salud y prevenir y tratar la enfermedad.

La medicina social, bajo la recomendación de la salud colectiva, debería ampliar su preocupación hacia las prácticas y no solo al desciframiento de los determinantes de la enfermedad. Al así proceder podría también ampliar su campo de visión, ya que no vería solo la enfermedad y la muerte, sino que también podría mirar la salud y la vida; no solo explicaría las causas de la enfermedad, sino que también podría interpretar las formas de vida que producen salud; no solo analizaría la medicina determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas, sino que ampliaría su preocupación y acción hacia las prácticas médicas o no médicas determinadas o emergentes relacionadas con la salud y la enfermedad.

La salud colectiva brasileña propone dislocar el acento puesto en la *salud/enfermedad* hacia la categoría *práctica de la salud*, pero aquella voz no se halla sola, sino que desde otros ámbitos también se recomienda que la reflexión y la acción de la medicina social se dirija hacia el ámbito de la práctica; uno de ellos es, por ejemplo, Mario Testa quien, en ese entonces, había producido ya una buena parte de los sustentos para repensar la planificación como una práctica política y no solo como una propuesta técnica.

De la diferenciación disciplinaria a la unidad en la acción

Si bien, en nuestros primeros años de vida, nos esforzamos insistentemente por establecer nuestras señas particulares e hicimos énfasis en las diferencias con la medicina preventiva y la salud pública; con la ampliación de nuestro objeto de estudio hacia la práctica de la salud y el compromiso con el cambio como eje permanente en nuestra proyección, nos fue posible identificar recursos teóricos, metodológicos, técnicos, éticos, estéticos en múltiples disciplinas, prácticas sociales y funciones estatales, que podrían apoyar la comprensión y acción en nuestro campo. En otras palabras, aceptamos que los que laboramos bajo el manto de la medicina social, la salud colectiva y la salud pública alternativa podemos caminar juntos en la medida en que logremos establecer una propuesta similar de transformación de las prácticas de salud; es decir, podamos identificarnos en cuanto programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con el aporte de voluntades diversas y métodos consensuados. Ésa parece ser la identidad de la medicina social y es la que nos habría facilitado hacer un uso crítico de las teorías, proponer aproximaciones metodológicas distintas y utilizar diferentes técnicas en la medida en que todas ellas puedan dar cuenta de los compromisos del presente y de fines u objetivos amplios como la reforma sanitaria brasileña, o el gobierno en salud de la Ciudad de México, o el comando del Ministerio de Salud de Venezuela, o del Foro Salud del Perú; u objetivos más circunscritos relacionados con reivindicaciones sociales dirigidas a la salud, o propuestas relacionadas con el avance de las instituciones públicas para el mejor desarrollo de las acciones de salud.

9. Foucault, Michele. *Primera conferencia*. Instituto de Medicina Social. UERJ. Río de Janeiro: policopiado; 1975.

10. Fleury, Sonia. “Las ciencias sociales en salud en el Brasil”. En: Duarte, Everardo. *Ciencias sociales y salud en América Latina*. Op. cit.

11. Pereira, J. C. *A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil*. Mencionado por Fleury Sonia. *Las Ciencias...* Op. cit.

12. Donangelo, M. y Campos, O. *Formação de quadros de pessoal para a saúde e produção de conhecimentos na área médica*. Mencionado por Fleury Sonia. *Ibidem*.

Para mi modo de ver, la potencialidad actual y futura del trabajo conjunto entre medicina social, salud colectiva y salud pública puede producirse por la apertura de esa puerta que permite a la medicina social-salud colectiva mirar las prácticas en salud y comprometerse con su transformación. Si se procede de esta manera, la medicina social pasa paulatinamente desde una propuesta disciplinaria a un movimiento que no pretende determinar cursos inflexibles de intervención técnico-normativos, sino que más bien parece conformarse como una fuerza que interpreta los acontecimientos y propone potencialidades de fortalecimiento de la acción que ayuden a dinamizar y mejorar el presente, así como inventar futuros nuevos y más equitativos.

Pasamos, entonces, en la medicina social desde el afán de poseer la verdad hacia una propuesta de construcción conjunta en tanto práctica de transformación. Esta situación corrige en buena medida aquella proyección un tanto “dogmática” y “prometeica” de algunos de nosotros en nuestros momentos constitutivos, para pasar a proponer una medicina social abierta a nuevas metáforas que traen nuevas interpretaciones y variados métodos. Es el momento en que la medicina social tiene que hacer una reflexión sobre la necesidad de que la ciencia camine con la ética, en la medida en que cada día comprendíamos mejor que la ciencia moderna transformada en fin y medio debía reconocer que los hombres y mujeres siempre pondrán los fines mientras que la ciencia constituirá nada más que un medio. En esa medida, los afanes excesivos por una cientificidad positiva de los albores de la ALAMES dan paso a la concepción que la razón instrumental constituye nada más que una forma de producir conocimientos y de accionar alrededor de la salud, pero no como la única forma de hacerlo. Me parece que también comprendemos que más vale sumergirse en la realidad y producir un saber conjunto con la población (que al vivir

produce su salud y que a través de su acción la defiende), que producir una supuesta evidencia desgajada de la práctica social.

En otras palabras, estaríamos ampliando nuestro campo de acción que al inicio se constituía como un quehacer de intervención técnico-normativa a una acción interpretativo-mediadora o *cuidadora*. Al respecto, Ayres sostiene que la salud colectiva tiene una doble posibilidad de encaminar su quehacer, puede dirigirse al éxito técnico o al logro práctico. “La idea de logro práctico (nos dice Ayres) se orienta para un nítido cambio de los horizontes normativos, buscando la subsunción del control de la enfermedad hacia el reconocimiento y respeto a las necesidades fundamentales del ser humano”,¹³ y luego continúa, “en efecto, si tratamos de subsumir el control de las enfermedades en concepciones de logro que no se dejan traducir únicamente a tareas técnicas, si la felicidad contenida en nuestras intervenciones nos obliga a dialogar con intereses de naturaleza estética, emocional, moral, etc. entonces los constructos científicos no serán suficientes. Claro que no se trata de abolir la ciencia del ámbito de validación de las prácticas médico-sanitarias, más de rescatar la dignidad de otros tipos de sabiduría en la construcción de las verdades útiles para la construcción de la salud; de los conocimientos académicos nomológicos, como la filosofía, el derecho y demás ramas de las ciencias humanas, hasta las diversas sabidurías prácticas transmitidas secularmente por las diversas tradiciones culturales. La necesidad de reconocimiento y respeto de las necesidades fundamentales del ser humano nos conduce, entonces, a sustentar una práctica que se mueve en la interpretación-cuidado de las poblaciones”.

Lo anterior también obliga a la medicina social a hacer algunas otras consideraciones sobre el método, ya que si la salud es la capacidad de au-

tonormatizar el buen funcionamiento corporal y psíquico, entonces podremos hablar de una normatividad biológica común para la especie, pero también existirá una normatividad cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Existirá, además, una normatividad individual propia de cada persona, producto de su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente.

La medicina social comprende que el método científico positivista basado en la idea de la verdad universal a través de la *mathesis* o “comparación de las cosas en el mundo”¹⁴ debe dar paso a una propuesta metódica que también considere las verdades particulares y diversas, ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano conservan su capacidad de instituir nuevas normas. Esta forma de ver complejiza los métodos de investigación tradicionales utilizados por la epidemiología y fundamentados en una visión de riesgo, al verse obligados a diferenciar la susceptibilidad grupal e individual y la acción de los factores asociados al problema que se intenta estudiar.¹⁵ Al respecto, Naomar Almeida, desde la epidemiología, hace aportes importantes para abordar ésta y otras problemáticas al introducir tres dimensiones: la dimensión de las instancias, la dimensión de los dominios y la dimensión de los niveles de complejidad,¹⁶ mientras que Roberto Passos Nogueira insiste en actualizar aquella idea Illichiana constante en la *Némesis médica* de salud

como “una capacidad autónoma de lidiar, como una capacidad de hacer con autonomía, en una lid permanente contra las dificultades del propio organismo y del medio ambiente. La salud tiene que ver, por un lado, con los ajustes que cualquier animal opera en relación a su medio, y, por otro lado, con la creatividad espontánea del ser humano socializado que es siempre capaz de inventar formas de vivir mejor”.¹⁷

La investigación relacionada con el accionar en medicina social demanda, así también, una aproximación interpretativa y al mismo tiempo explicativa. A través de la aproximación interpretativa se intenta descubrir las diversas formas de comportamiento humano de los individuos y grupos que participan tanto en la oferta como en la demanda de las acciones de salud, mientras que a través de la aproximación explicativa intenta dar cuenta del funcionamiento estructural constituido por normas y recursos.¹⁸

La ampliación de la razón: la medicina social entrega atención a la acción que había sido dejada de lado por el peso avasallador del *cogito* cartesiano. Además, las dicotomías teoría-práctica y sujeto-objeto serían cuestionadas para plantear que “todo conocer es hacer y todo hacer es conocer”,¹⁹ con lo cual se reconocería que el “pienso, luego existo” es posterior al “acciono, luego existo”, conforme propone Heidegger²⁰, o al “distingo, luego existo” como habla Von Glaserfeld.²¹

13. Ayres, José Ricardo. “Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 20(2): 67-98, julio-diciembre de 2002.

14. Ayres, José Ricardo. Op. cit.

15. Castiel, David. *O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papirus; 1994, p. 158.

16. Almeida, Filho Naomar. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

17. Passos Nogueira, Roberto. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare Editora; 2003.

18. Granda, Edmundo; Puente, Eduardo; Mayorga, José; Segovia, Rocío. *Salud pública: Acción, vida y conocimiento: Taller de investigación en salud pública*. Quito: poligrafiados de UCE/UNL; 2001.

19. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

20. Heidegger, M. *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.

21. Von, Glaserfeld. *Distinguishing de Observer*. www.oikos.org/vonobserv.htm, 1999.

La medicina social y la salud pública alternativa nos están llevando a reconocer y dar importancia a otras racionalidades y, en esa empresa, también reconocen que el obrar se acompaña de una conciencia práctica²² y, por lo tanto, también es racional aun antes de que la conciencia discursiva se haga presente. Si es así, la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción promoción gana una fuerza inusitada, pero no solo como una concepción de promocionar los comportamientos y estilos de vida racionales y universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoiéticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones en su diario accionar, con lo cual el carácter civilizatorio o mesiánico de la ciencia occidental perdería su poder omnimodo para compartir conocimientos, saberes y prácticas con otras culturas.²³ La ampliación de la razón nos lleva, por otro lado, a reconocer que la verdad científica no es necesariamente buena, sino que lo adecuado tiene que siempre ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo, establecemos que es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico²⁴.

La globalización del riesgo: la manera como nos hemos relacionado con la naturaleza durante el industrialismo y la forma como estamos procediendo en el globalismo genera grandes peligros de destrucción para los procesos vitales naturales y sociales: piénsese en la catástrofe de Chernobyl, el hueco en la capa de ozono, el calentamiento del globo terráqueo, etc. Parece que con la ciencia y la técnica hemos triunfa-

do y ahora vivimos la muerte de la naturaleza; es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es. Como afirma Giddens: "... muy recientemente, en términos históricos, comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que hemos hecho con ella".²⁵ El problema radica en que la acción humana siempre ocurre en medio del desconocimiento de algunas condiciones requeridas para esa acción y tampoco es posible controlar todas las consecuencias no deseadas de nuestro accionar. De allí que en este momento vivamos lo que Ulrich Beck denomina la "globalización de los efectos secundarios o consecuencias no intencionadas".²⁶ La salud pública alternativa al igual que la medicina social estarían tomando en consideración este hecho y cambiando su forma de mirar a la naturaleza no como objeto a ser intervenido sino como sujeto dialogante con el fin de descubrir su racionalidad inherente y diversa. De la aproximación únicamente explicativa y utilitaria están pasando a una aproximación interpretativa.

La sociedad del riesgo: los riesgos manufacturados no solo se relacionan con la naturaleza, también se extienden a la vida social impactando las bases culturales de nuestra existencia. Actualmente, es posible registrar grandes cambios en los roles del hombre y de la mujer; importantes transformaciones en las relaciones de pareja y conceptos y prácticas distintas alrededor del trabajo, la economía, la moral, el arte, la comunicación (los mismos que obligan a las personas a vivir en constante riesgo y a enfrentar futuros mucho más abiertos que antes). Junto con las transformaciones del mundo familiar, se suma

la ruptura del antiguo contrato social entre el capital y el trabajo, la precarización del trabajo, la desocupación y la globalización de la violencia. Además, en nuestro *cuarto mundo* la necesaria migración de la fuerza de trabajo en busca de sustento, con lo cual se rompe aún más los lazos de solidaridad y apoyo tradicionales. Todas estas situaciones golpean las puertas de la medicina social para su concurso, análisis y acción.

De la academia a otras prácticas de salud

Nacida la medicina social (al igual que la salud colectiva) en las aulas e institutos de investigación universitarios, ha debido paulatinamente aprender a enfrentar el complejo problema de comprender los lenguajes del conocimiento y las artes e instrumentos del poder que se manejan en las instituciones de salud; ha debido comprender el mundo del poder-ser, a más de explicar el mundo del deber-ser. La salud colectiva brasileña había venido extendiéndose y conquistando estos nuevos espacios de la práctica al ritmo y calor de la reforma sanitaria; en otras palabras, la reforma sanitaria ha dibujado los nuevos paisajes que la salud colectiva debe pintar; salud colectiva y reforma sanitaria parecen tocar una sinfonía en un mismo piano a dos manos. Esto no es igual en otros países de América Latina, donde la medicina social tiene que abrir estrechas puertas que en ocasiones se cierran inmediatamente; otras veces, abre puertas o derriba muros para deambular por nuevos espacios donde no dispone de la habilidad y los instrumentos adecuados para ocuparlos; otras ocasiones intenta posicionar sus propuestas en ámbitos donde las agencias financieras supranacionales ponen las reglas del juego cifradas en las leyes del mercado y en el costo beneficio.

Los nuevos espacios de la práctica en salud requieren visualizar aspectos que posibiliten, por un lado, impulsar la participación social como medio para pavimentar los caminos de la democracia y la equidad y, por otro lado, luchar por la corrección de los defectos encontrados en nuestras instituciones de salud, como la fragmentación de los servicios públicos, presupuestos disminuidos, infraestructura deteriorada y un descrédito de lo público. La medicina social ha podido sustentar, cuando se encuentra en el espacio del gobierno de la salud, como bien indica Cristina Laurell en su experiencia en la ciudad de México, "que la salud es un derecho de la población y una responsabilidad del gobierno como guardián del interés público". Pero dicha declaración ha podido verse operacionalizada a través de acciones que llevan a coberturas cada vez más amplias de la población, la redistribución progresiva del presupuesto en salud y cambios organizativos y de gestión profundos y globales para lograr lo que Laurell propone: "democratizar el cuidado de la salud, reducir desigualdades en la enfermedad y la muerte y remover obstáculos económicos, sociales y culturales para el acceso; fortalecer las instituciones públicas como la única opción socialmente justa y económicamente sustentable que garantiza el acceso igual y universal a la protección de la salud; alcanzar la cobertura universal disolviendo la conexión entre acceso y capacidad económica o posición en el mercado de trabajo; ampliar los servicios para la población no asegurada; lograr igualdad en el acceso a los servicios existentes; y crear solidaridad a través del financiamiento fiscal y distribución de los costos de la enfermedad entre los enfermos y los sanos".²⁷

Lo importante de la medicina social cuando hace gobierno constituye, entonces, la posibilidad de ejercer una acción guiada por principios ético-

22. Giddens, Anthony. *Central Problems in Social Theory*. Berkeley: University of California Press; 1979.

23. González, Max. *Educación, universidad y postmodernidad*. Loja: poligrafiados de la UNL; 1999.

24. Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS ha apoyado grandemente el tratamiento de este tema. El que escribe también ha realizado un módico aporte en el artículo *El sujeto, la ética y la salud*.

25. Giddens, Anthony. *Globalization*. Op. cit.

26. Beck, Ulrich. *The Reinvention of Politics*. Cambridge: Blackwell; 1997.

27. Laurell Asa, Cristina. *What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government*. *American Journal of Public Health*. (93)12: 2021 – 2024.

políticos, que a su vez dirigen las intervenciones técnicas, económicas y administrativas. La reforma sectorial para la medicina social no constituye una propuesta de simple mejoramiento del quehacer, sino una labor de posicionar los fines y derechos humanos para ordenar y dinamizar los medios.

Pero los fines y derechos humanos no pueden alcanzarse sin el empoderamiento de la población para que los demande y los defienda. La medicina social y la salud colectiva han sido fieles desde su nacimiento a esta necesidad. Las reflexiones y experiencias vividas alrededor de este tópico han constituido, posiblemente, uno de los aportes más importantes que la medicina social en cuanto disciplina ha podido brindar al pensamiento y práctica social en salud. En otras palabras, la medicina social-salud colectiva ha puesto por delante los fines y derechos humanos en el pensamiento, acción y gobierno en salud y, al mismo tiempo, ha concebido que aquellos fines y derechos no podrán alcanzarse sin el control social poblacional. Al respecto los avances que presenta Mario Testa en su libro *Saber en salud* resumen en buena forma lo que discutimos en este momento. Mario²⁸ considera que el accionar en el campo de la salud colectiva se desarrolla en un doble movimiento de determinación-constitución y de significado-sentido. En otras palabras, es fundamental que la acción obre con un criterio de búsqueda de las determinaciones de su objeto de estudio, esto es, descubra las “fuerzas positivas que establecen los límites dentro de los cuales puede ocurrir el fenómeno”. Además en la acción en salud colectiva, el trabajador se construye en cuanto sujeto, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, sujeto público para, por último, reconstituirse como sujeto de la vida comprometido con el cambio requerido. Para hacerlo el salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con

que se encuentra y que, por lo general, se consolida en cuanto estructura, pero a su vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido. El juego de sentido-significado-determinación-constitución es un juego complejo capaz de caminar con algún éxito entre el *Escila* del subjetivismo y el *Caribdis* del objetivismo. Pero además del logro metodológico indicado, también posibilita al trabajador de la salud colectiva constituirse como sujeto y buscar la construcción del sujeto colectivo o público por la salud, como fuerza fundamental para la conservación y avance de los logros en la salud colectiva.

Bajo este requerimiento Mario Testa reconoce la necesidad de una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica a través de la inmersión directa de la medicina social con la población y en su mundo de la vida, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Pero además, una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia.

En efecto, el mundo en que se mueve la medicina social es un mundo que está *dado*²⁹ y que también está *dándose*. Está *dado* como estructura en la que es posible encontrar recursos físicos, ecológicos, biológicos, financieros, tecnológicos, etc. por un lado, pero también normas, leyes, reglamentos, directivas reconocidas e institucionalizadas. Está además *dándose* (ocurriendo) como la autopoiesis vital individual y social y como producto del accionar de la gente con sus verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder.

La medicina social requiere conocer-accionar en ese doble mundo de lo *dado* y del *dándose*. La

complejidad de la acción-investigación por parte de la medicina social radica en que se aproxima en el mundo de lo *dado* a un objeto que aparece como biosicología individual que también es social en razón del acoplamiento estructural y consensual del que nos habla Maturana;³⁰ por lo tanto el salubrista lidia con un objeto que siempre es sujeto. Pero no solo es social sino que está constantemente *dándose*, es decir, es una biosicología individual que está *dándose* por propia autopoiesis individual y por la interrelación social. En otras palabras, trabajamos siempre con objetos que son sujetos y con individuos que son sociales, pero que nunca pierden su carácter individual por su característica autopoietica conforme indica Castiel³¹.

Esta situación complica aún más la efectividad operacional de la medicina social, porque no solo debe dar cuenta de un objeto-sujeto que está *dándose* en cuanto actor social sino que debe también dar cuenta de un actor sociobiológico. En otras palabras, debe imbricar la aproximación que propone Testa con aquella mirada del epidemiólogo, conforme reclama Almeida Filho³² en su obra *La ciencia tímida*. Pero no es suficiente que el salubrista se aproxime al actor sociobiológico para comprenderlo, sino que también comprenda que el actor sociobiológico debe lograr su constitución en cuanto tal durante la propia interrelación. Este último requerimiento, conforme habíamos indicado anteriormente, es abordado por Ayres, quien recomienda una aproximación regida por el concepto *cuidado* para alcanzar aquello que él denomina *logro práctico* en contraposición al *éxito técnico* que aparece como unilateral e incompleto, mientras que

Testa nos habla de la necesidad de una aproximación *amorosa*. En otras palabras, la medicina social-salud colectiva o salud pública alternativa estaría buscando que “aquel camino trágico para la humanidad (del que nos habla Madel Luz) en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adiós”, se vuelvan ahora a encontrar.³³

La medicina social ha debido ejercer transformaciones en el ámbito de la formación del personal. Al respecto la formación tradicional del salubrista adecuado para la metáfora de la *enfermología pública* se relacionaba con una imagen del salubrista *interventor técnico-normativo*, mientras que el momento actual reclama, como hemos dicho, un *sujeto intérprete-mediador*, es decir: intérprete de las maneras como los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Con el primer punto, la formación intentaría dar cuenta de aquel descuido de la salud pública por la salud y aportaría elementos filosóficos, teóricos, metódicos y técnicos para la interpretación de la salud pero, al mismo tiempo, estaría reconociendo la necesidad de apoyar la comprensión por parte de los estudiantes de que una fuerza fundamental para la producción de la salud y para controlar socialmente el ejercicio económico, técnico y político del sistema se encuentra en la propia forja de los públicos por la salud.

28. Testa, Mario. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

29. Zemelman, Hugo. *Los horizontes de la razón (tomo 1)*. México: Antropos; 1992.

30. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

31. Castiel, David. *O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papirus; 1994.

32. “Las teorías contemporáneas de la planificación-gestión en salud son cada vez más basadas en el concepto práctica, todavía se las aplican sin el instrumental de la epidemiología, como si la epidemiología no tuviera nada que decir a los planificadores de las escuelas de Carlos Matus o Mario Testa...” Almeida-Filho, Naomar. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

33. Luz, Madel. Op. cit., p. 8.

Con la segunda característica, la formación del profesional intentaría dar una respuesta diferente ante los cambios que vivimos, esto es: establecer como eje la vida y el accionar poblacional para entender y movilizar los conocimientos científicos y no científicos existentes, viabilizar las fuerzas políticas, y encaminar los recursos necesarios para el mejoramiento de la salud y vida poblacional. Esta acción mediadora obliga, por otro lado, a las instituciones formadoras de personal en salud colectiva o medicina social a mantener una posición ética de defensa de la vida, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía. Requiere, también, adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer y actuar, y sobre el uso de la ciencia y la tecnología.

Perspectivas

Cuatro son las características fundamentales que Juan César García había asignado al término medicina social acuñado en Europa del siglo XIX, y que podrían constituir guía para nuestra acción en América: a) compromiso político con el cambio; b) salud-enfermedad como hecho social; c) importancia de la ciencia en la construcción de la disciplina; y d) responsabilidad del Estado en el campo de la salud.

Hemos intentado delinear en esta aproximación algunas cuestiones: a) los rasgos históricos y el significado del término medicina social y b) la definición de nuestras señas particulares. Propusimos, por otro lado, visitar tres movimientos simultáneos que van: c) desde la preocupación centrada alrededor del concepto salud-enfermedad al énfasis en la categoría práctica de salud; d) desde la insistencia por establecer las diferencias disciplinaria a la búsqueda de unidad en la acción; y e) desde el espacio académico a otros espacios de la práctica.

Conforme habíamos indicado anteriormente, parece que a través de la medicina social venimos construyendo nuestra identidad como programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con el aporte de voluntades diversas y métodos consensuados. En esa medida, la potencialidad de nuestro avance radicará en la ampliación de experiencias de transformación en el ámbito de la salud colectiva que permitan abrir espacios y caminos para la lucha por salud como un derecho a través del compromiso y empoderamiento poblacional.

Lo anterior obliga a todos los que somos parte de la medicina social a enfrentar constantemente el reto de criticar, conservar y superar nuestros horizontes de visión y conocimientos y, al mismo tiempo, fortalecer aquellas prácticas que buscan no solo éxito técnico sino *logro práctico*, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda Testa de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación, comprendiendo además que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales se constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud, “en una lid permanente contra las dificultades del propio organismo y del medio ambiente”,³⁴ enriqueciéndose con el aporte científico que traen las ciencias y tecnologías y ejerciendo su poder y derecho en cuanto ciudadanía. La reflexión amplia y diversa que lleva al rescate de elementos científicos y de otros tipos de sabiduría práctica para la construcción de las verdades útiles para el logro de la salud es otro de los aspectos importantes de la medicina social-salud colectiva en sus veinte años de madurez. En otras palabras, en nuestro compromiso como movimiento práctico político que lucha por el derecho a la salud, es fundamental que podamos “digerir” todos los posibles aportes científicos y prácticos que puedan colaborar en ese empeño.

El compromiso de la medicina social-salud colectiva con las prácticas sociales sectoriales y extra-sectoriales que apoyan el desarrollo de la salud o el control de las enfermedades, imbricadas con esa búsqueda de *sentido y significado, constitución y determinación* que nos recomienda Testa, nos obliga a encontrar aquellas cuestiones que mayor importancia tienen en este momento para la defensa de la salud del público. Uno de estos aspectos constituye la defensa y reconstitución de las estructuras de salud tan venidas a menos luego de veinte años de reforma neoliberal. Los ejemplos de gobierno de la medicina social de los que hemos hablado constituyen importantes canteras para inventar nuevas formas de proyección y relación con las políticas, estructuras e instituciones del campo con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad. En el campo de las instituciones, también es fundamental volver la mirada hacia la academia, lugar en el que nació la medicina social y que estos veinte años de neoliberalismo también ha debilitado su potencialidad reflexiva y de compromiso con el avance de la salud, ante la necesidad de supervivencia ante las demandas del mercado. La medicina social pudo construir su estructura analítica a través del aporte de las ciencias sociales, estableció sus señas particulares con el marxismo y ganó su identidad al proponerse como programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con la participación de voluntades diversas y métodos consensuados, pero no podrá avanzar si al mismo tiempo no continúa enriqueciendo y fundamentando su base teórico-metodológica, lo cual solo puede ocurrir con el fortalecimiento de nuestras universidades. Esto es especialmente importante en el momento que vivimos, en el que hemos confirmado que el *fin de la historia* es un cuento fantástico, que las versiones de la *única verdad* no tienen más vigencia y que este universo es un multiverso producto de determinaciones y

productor de emergencias, las mismas que constantemente debe ser interpretadas y explicadas. En otras palabras, parece que se han esfumado los modelos únicos, científicamente probados o políticamente sancionados o económicamente perfectos para construir la salud soñada, parece más bien que nos hallamos en un momento en que es posible diseñar propuestas alternativas que tengan sabores culturales particulares pero que rescaten e integren los productos universales científico-tecnológicos para utilizarlos con miras a mejorar las condiciones de salud y vida, así como para prevenir y curar la enfermedad. Aquello no podemos hacer sin el concurso de nuestras universidades.

Ahora bien, la medicina social podrá dinamizar su compromiso solamente a través del trabajo conjunto de la sociedad organizada, con identidades o movimientos sociales que protegen y desarrollan sus instituciones, controlan el cumplimiento de las obligaciones estatales en salud y tejen redes de apoyo mutuo nacionales e internacionales oponiendo como *resistencias globalizadas*³⁵ las viejas y nuevas formas de dominación. Al respecto, el mantenimiento y fortalecimiento de las relaciones y trabajo conjunto con los foros sociales parece ser una cuestión de vital importancia para la medicina social.

Después de 1999, fecha del otro Davos y de Seattle, la globalización *de las resistencias* ha tomado mucha fuerza. La constitución del Fórum Mundial Social de Porto Alegre es una de las manifestaciones más importantes, pero no dejan de tener gran visibilidad los Fóruns continentales de Bamako, Quito, Florencia, India, Manaus. A través de todas estas convocatorias, es posible sugerir que la *sociedad civil de abajo* (conforme lo denomina Francois Houtart) profundiza y amplía sus resistencias.

34. Passos Nogueira, Roberto. *A saúde pelo avesso*. Op. cit.

35. Amin, Samir y Houtart, Francois (editores). *Globalización de las resistencias*. Barcelona: Icaria, 2003.

La precarización del trabajo del personal que labora en los servicios de salud constituye otro campo fundamental de reflexión y acción por parte de la medicina social. El empeño por reconstruir formas laborales dignas que apoyen la constitución del trabajador como actor consciente y comprometido con la vida de la población es fundamental.

Me parece que desde la medicina social, ante el debilitamiento del Estado pero con la insurgencia de los nuevos movimientos sociales y *globalización de las resistencias*, se abre un reto diverso. Debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas, la lucha por el trabajo digno y el propio desarrollo de nuestra disciplina radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes-mediadores de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

Para posibilitar el avance de la medicina social también tendremos que considerar con mayor preocupación nuestra realidad organizativa y superar nuestras limitaciones para lograr una existencia más continuada. Requerimos organizar un trabajo en red que posibilite potenciar las experiencias vividas, apoyar en mejor forma el trabajo a veces solitario que desarrolla nuestra secretaría ejecutiva y nuestros coordinadores y fortalecer nuestra comunicación e intercambio. Mario Hernández expresa al respecto lo siguiente: “ojalá logremos darle a ALAMES una forma de organización y de gestión que permita asumir el reto de propiciar cambios estructurales en nuestros sistemas y políticas de salud para avanzar significativamente en el derecho a la salud en todos nuestros países. Como estamos hoy, apenas logramos hacer congresos cada cierto tiempo. Pero hacia adelante se requiere mayor organización, recursos, movilización, capacidad de respuesta oportuna, entre otras cosas”.³⁶

36. Comunicación personal.

Artículo 12

El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico*

El encargo que me hacen los organizadores del V Congreso Internacional de Salud Pública “Salud, Ambiente y Desarrollo. Un reencuentro con los temas fundamentales de la salud pública”, consistente en discutir “el saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”, es de naturaleza compleja y excede en mucho a las posibilidades de quien sustenta esta ponencia, razón por la que tan solo intentaré delinear algunas cuestiones que pueden apoyar el debate sobre el tema.

Este congreso tiene como objetivo general “analizar en su complejidad la situación ambiental del planeta, sus perspectivas y sus consecuencias para el futuro, la calidad de vida y la salud de los seres humanos en relación ecológica y de equilibrio en la naturaleza, con el fin de encontrar alternativas para una vida posible, digna, en armonía y constante evolución”.

Uno de los objetivos específicos de este evento reconoce la necesidad de “contribuir a la reflexión sobre los fundamentos conceptuales, políticos y filosóficos de la salud pública en el contexto del debate sobre el desarrollo y la situación ambiental”.

A partir de los propósitos, objetivo general y objetivos específicos del congreso y en función a su estrategia de desarrollo, considero que es funda-

mental concentrar nuestra atención alrededor del pedido de los organizadores sobre el saber en salud pública en este momento de crisis ambiental y cambios paradigmáticos importantes.

Para intentar cumplir con esta directriz, considero que es conveniente trabajar alrededor de tres procesos de singular importancia:

1. Analizar la constitución de la salud pública en cuanto disciplina con pretensión científica y revisar sus presupuestos teóricos y metodológicos.
2. Discutir las posibilidades de forjar una salud pública diferente. Al respecto, revisar algunos nuevos hallazgos de las ciencias naturales, que apoyan la forja de una nueva forma de mirar, interpretar y accionar en el campo de la salud pública.
3. Llevar el debate filosófico y teórico al campo del método. En este punto, analizar la propuesta de Habermas sobre la *doble hermenéutica* y de Sousa Santos sobre la *doble ruptura* y proponer la posibilidad de encontrar una *doble ruptura* en la investigación-acción en salud pública con miras a alcanzar, conforme propone el último autor, un “conocimiento prudente para una vida decente”.¹

* Ponencia sustentada en el V Congreso Internacional de Salud Pública “Salud, Ambiente y Desarrollo: Un Reencuentro con los Temas Fundamentales de la Salud Pública”, 8 a 10 de noviembre de 2007, UC/UNL/OPS.

1. Santos, Boaventura de Sousa. *Conhecimento prudente para una vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

Para dar cuenta de estos objetivos procederé a rescatar algunas reflexiones anteriormente hilvanadas y que pueden apoyar la elaboración de este trabajo.²

1. La salud pública convencional

Al mirar hacia los inicios de siglo XX, época en la que se constituye la salud pública convencional como disciplina, es posible definir algunas características fundamentales que le permiten adquirir una denominación de *enfermología pública*,³ cuales son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud.
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.
- El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.

No intentamos decir que esas características han estado siempre presentes en la salud pública, sino que éstas han tenido mayor fuerza durante el siglo XX, oponiéndose a otras propuestas como aquella generada por el movimiento europeo de la medicina social, que reconocía que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuer-

za para transformar la situación de salud de la población.⁴ Similares aspiraciones fueron reinstaladas en la década de los sesenta del anterior siglo en América Latina con el movimiento de la medicina social.

El movimiento europeo dejó como impronta un rico arsenal doctrinario e ideológico que no fue integrado por la *enfermología pública*. Tampoco el movimiento latinoamericano de medicina social ha logrado impactar significativamente sobre la salud pública convencional a pesar de su crítica radical, los conocimientos aportados y sus propuestas innovadoras. Diferente suerte ha tenido la salud colectiva brasileña, que ha podido impactar en el pensamiento y práctica de la salud poblacional.

Tampoco produjeron grandes reformulaciones las distintas propuestas reconocidas por Arouca como *preventivistas*,⁵ por el contrario, fortalecieron ese paradigma o metáfora.⁶ Me refiero a las iniciativas de cambio de los departamentos universitarios de higiene por los de medicina preventiva, las propuestas de medicina comunitaria forjadas en Estados Unidos y algunos países de América Latina y la iniciativa de atención primaria de salud.

La permanencia y relativo éxito de la metáfora de la salud pública basada en el mencionado trípole posiblemente se deben a la coherencia entre los sustentos ideológicos, sus concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad.

Con miras a comprender la salud pública convencional, recordemos que la medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. Foucault, en el *Nacimiento de la clínica* afirma lo siguiente: “El hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de la ciencia... sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo”.⁷

El éxito de la medicina clínica que, sin lugar a dudas ha sido bastante notorio, ha dependido del logro de su positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. De esta manera, una buena parte de los problemas de la *máquina corporal* ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas han podido ser explicados, neutralizados o abolidos, con lo cual se ha logrado producir *máquinas corporales* menos enfermas y que tardan más en morir.

Ante el “éxito” de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, también se consideró a principios del siglo XX, que era posible construir una “enfermología social” llamada salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, interpretando lo colectivo como sumatoria de enfermedades particulares. La salud pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo que correspondía a la medicina clínica, sino que se responsabilizaría de las causas que se encuentran por fuera de la *máquina corporal*. En esa medida, la salud pública podría salirse del cuerpo humano y encontrar las causas en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos que podrían

causar las enfermedades. La *enfermología pública* ocupa, entonces, un espacio distinto de aquel que es ocupado y dominado por la clínica tomando a su cargo el cálculo del riesgo y la prevención de la enfermedad.

Ahora bien, la medicina clínica tiene como fin fundamental curar, y en esa medida acepta, al constituirse como disciplina científica, centrar su preocupación alrededor de la enfermedad individual. Sin lugar a dudas, la enfermedad de la persona sería *exorcizada* y su muerte sería evitada a través de la intervención sabia del pensamiento y bisturí manejados por la mirada y la mano del médico. Pero para la *enfermología pública*, el problema es diferente y debe contestar la pregunta ¿dónde se encuentran el pensamiento y bisturí públicos para explicar el riesgo y para prevenir o *exorcizar* la enfermedad y muerte que ocurren en los grupos humanos? La *enfermología pública* los ubica en la tecnología positivista manejada por el Estado. Al igual que la medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la *enfermología pública* transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene.

Esta metáfora del *Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad colectiva* es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo XIX y a inicios del XX. Es también coherente con las utopías reinantes en ese momento. Recordemos que hemos vivido dos siglos con la idea que la razón (instrumental) y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, a través del cual organizaríamos un centro o Estado soberano, que fundamentado en el conocimiento científico podría acumular todo el poder necesario

2. Granda, Edmundo. “¿Quo Vadis salud pública?” En: *Revista ecuatoriana de salud pública*. 1(1):7-20, noviembre de 2005.

3. *Ibidem*, p. 9.

4. La propuesta de Virchow consistía en una reforma social radical que, en términos generales, comprendía “democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad”. En: Rosen George. *Da policia médica a medicina social*. Río de Janeiro: Editorial Graal; 1979.

5. Arouca, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; 2003.

6. Passos, Nogueira Roberto. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Río de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda. 1994.

7. Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1966, p. 276.

para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualmente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos, brindar la felicidad a todos, y en el campo de la salud, explicar los riesgos, prevenir las enfermedades colectivas y organizar los servicios para la curación de las enfermedades⁸.

Es importante indicar que la *enfermología pública* concibe a la naturaleza como una exterioridad a ser explicada pero nunca comprendida. La naturaleza es concebida como un recurso o como una amenaza externos para la salud y en esa medida, con el fin de transformar la amenaza en recurso, la *enfermología pública* participa en el empeño racional-instrumental para su domesticación. Todos los elementos que hacen parte de la naturaleza, ya sean físicos o biológicos, pasan a ser clasificados de acuerdo a su potencialidad de amenaza o beneficio para la salud. Las amenazas deben ser erradicadas o controladas, mientras que los elementos beneficiosos deben ser protegidos y desarrollados como recursos. En otras palabras, la dicotomía cultura/naturaleza se presenta con fuerza en esta disciplina; “separada la naturaleza del hombre y de la sociedad no es posible pensar en interacciones múltiples”⁹ ni tampoco proponer equilibrios ni límites. La *enfermología pública* se une, entonces, en el objetivo de la ciencia-tecnología moderna de dominar la naturaleza para lograr la salud por descuento de enfermedad de los seres humanos.

La *enfermología pública* organiza de esta manera su base de sustento sobre el mencionado trípode constituido por el pensamiento centrado alrede-

dor de la enfermedad y la muerte, el método positivista para el cálculo del riesgo de ocurrencia de enfermedades en la población, el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y la preeminencia del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica.

Los presupuestos funcionalistas ahorran a la *enfermología pública* la preocupación por el sujeto individual y colectivo: es suficiente interpretarlo como *objeto individual u objeto colectivo* que existe y se reproduce en función de la estructura social de la que es parte determinada y sobre el que puede hacer una aproximación positivista. La aproximación positivista permite leer la realidad de esos *objetos* a través de la *razón tecnológica*¹⁰ o *razón instrumental*¹¹ o *razón indolente*,¹² conforme corresponde a cualquier cosa u objeto que no es *autopoietico*,¹³ es decir, que supuestamente no genera en su diario vivir ni sus normas, ni sus productos, ni sus mecanismos de reproducción. Ante un objeto que existe como un producto de las causas del ayer, no es necesario comprender la actividad natural ni la acción social (que se da en el aquí y ahora) y, además, es lícito que el Estado intervenga desde fuera con la tecnología científica para lograr la salud por descuento de enfermedad.

El salubrista se constituye, de esta manera, en un agente del Estado y de la técnica: un interventor técnico-normativo, quien a través de su accionar logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la verdad de la ideología

científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo. La salud pública pasa a ser una buena expresión de una disciplina científica moderna, una forma de orden del mundo, y a su vez la enfermedad de la población es transformada en objeto de la ciencia, pasible de intervención, de transformación, de modelación de “producción”.¹⁴

A través de su accionar *interventor técnico-normativo* el salubrista requiere:

- Integrar y acumular conocimientos, habilidades y experiencias depositadas en los cánones científico-técnicos, con los cuales el salubrista puede llevar a cabo el cálculo del riesgo; en este sentido debe saber aplicar las metodologías de investigación positivas específicas para cada situación.
- Apoyar la elaboración y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado referidas a la enfermedad pública y a las respuestas sociales organizadas sobre ésta.
- Organizar, desarrollar y cuidar los servicios encargados de prevenir las enfermedades y apoyar la administración de aquellas instituciones destinadas a tratarlas.
- Educar a la población para que adquiriera los conocimientos y técnicas que permiten calcular sus riesgos, prevenir las enfermedades y, al mismo tiempo, sustituir sus saberes y prácticas tradicionales (por tanto irracionales y riesgosos).
- Velar por la sistematización y desarrollo de los conocimientos y normas necesarios para el avance de la ciencia y el fortalecimiento del Estado.

El salubrista del siglo XX está encomendado, entonces, a cuidar la *salud* del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población, pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; e intervenir sobre la población transformada en objeto, que no solo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa. El mundo-máquina (la naturaleza) es interpretado como un recurso para prevenir las enfermedades o como un peligro o amenaza para la producción o agravamiento de las enfermedades.

Boaventura de Sousa Santos critica la razón instrumental, a la que califica como *razón indolente* por su empeño en contraer el presente y dilatar inmensamente el futuro. En lo que se refiere a la contracción del presente, la *razón indolente* está siempre “obcecada por la idea de totalidad bajo la forma de orden”. No hay comprensión ni acción que no se refiera a un todo, que tiene primacía absoluta sobre cada una de las partes que la componen. “La forma más acabada de totalidad para la razón indolente es la dicotomía, ya que combina, del modo más elegante, la simetría con la jerarquía: cultura científica/cultura literaria, conocimiento científico/conocimiento tradicional, hombre/mujer, cultura/naturaleza, civilizado/primitivo, capital/trabajo, blanco/negro, Norte/Sur, Occidente/Oriente y así sucesivamente”.¹⁵

No es admisible para la *razón indolente* que alguna de las partes tenga vida propia más allá de la que le confiere la relación dicotómica, así, no es posible pensar la naturaleza al margen de la cultura, o el Sur al margen del Norte. Esta situación impide al pensamiento apropiarse de los

8. Granda, Edmundo. *Sujeto, ética y salud. Salud pública: Experiencias y reflexiones*. 1997; 46-61.

9. Santos, Boaventura de Sousa. “El fin de los descubrimientos imperiales”. En: *El milenio huérfano*. Madrid: Editorial Trota; 2005.

10. Ayres, José Ricardo. *Epidemiología e emancipação*. Río de Janeiro: Hucitec - Abrasco, pp. 67 -85.

11. Habermas, Juren. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1992.

12. Santos, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 3ra. edição. São Paulo: Editora Cortez; 2001

13. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

14. Luz, Madel. *Natural, racional, social*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997, p. 32.

15. Santos, Boaventura de Sousa. “Hacia una sociología de las ausencias y una sociología de las emergencias”. En: *El milenio huérfano: ensayos para una nueva cultura política*. Madrid: Editorial Trota, 2006. p. 155. 2005.

múltiples saberes y experiencias que acaecen en la vida cotidiana. Es por esto que Sousa Santos denuncia el “desperdicio de la experiencia” y la necesidad de desarrollar una “Sociología de las ausencias”, a través de la cual intenta demostrar que lo que no existe es, en verdad, activamente producido como no existente, es decir como una alternativa no creíble a lo existente.

Boaventura de Sousa Santos distingue algunas lógicas de producción de ausencias, entre las que destacamos la “monocultura del saber y del rigor del saber”, representada por la ciencia moderna y la alta cultura como criterios únicos de verdad y de cualidad estética respectivamente. La *enfermología pública* también hace parte de esta lógica al dejar de lado el saber tradicional sobre salud y enfermedad propias de las poblaciones en las que interviene, a las que califica como ignorantes. En nuestro caso específico, toda la rica tradición y experiencia andina en salud no es tomada en consideración, pasando a constituirse en una no existencia que nos ha llevado a una pérdida de experiencia importante.

Una segunda lógica que vale la pena analizar es aquella de la *monocultura del tiempo lineal* que reconoce que la historia tiene sentido y dirección únicos y conocidos. Esta lógica produce no existencias, declarando atrasado todo lo que es asimétrico a lo que es declarado como avanzado, posibilitando de esta forma el apareamiento de la “no contemporaneidad de lo contemporáneo”.¹⁶ La *enfermología pública* declara a los saberes y prácticas familiares, comunitarias, tradicionales como no contemporáneos o como atrasados o subdesarrollados, produciendo en esta forma una no existencia y la consecuente pérdida de experiencia.

Una tercera lógica de producción de inexistencias es la *lógica de la escala dominante*, donde lo

universal y lo global tienen la primacía sobre lo particular y lo local, las mismas que quedan atrapadas en escalas que las incapacitan para ser tomadas como alternativas creíbles. Es lo que sucede con la *enfermología pública* que descarta cualquier experiencia o conocimiento que no tiene validez universal o científica.

La constitución de la *enfermología pública* produce, entonces, ausencias, o no existencias: se silencia la voz de la naturaleza, la voz de las culturas no científicas, la voz de las culturas “atrasadas”, la voz de las culturas particulares.

2. En búsqueda de una salud pública diferente

Consideramos que la construcción de una propuesta alternativa en el campo de la salud pública debe criticar las características anteriormente indicadas. En otros términos, debería estudiar la potencialidad de construir una salud pública fundamentada en una metáfora que reconoce los siguientes presupuestos:

1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
2. Métodos que integran diversas metáforas y proponen variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista) capaces de dar cuenta de la actividad natural, la acción social y las estructuras sociales.
3. Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes a más del poder del Estado: el accionar del individuo, de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomen-

dados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

Una primera pregunta se refiere a la posibilidad de que en este momento de globalización y neoliberalismo se avance hacia dicha propuesta. Parece que aquello es posible, ya que cada vez más confirmamos que:

- a) no es posible lograr la salud únicamente por el descuento de la enfermedad;
- b) la aproximación positivista y funcionalista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción también ha sido grandemente criticada;
- c) el Estado, supuesto *magos y exorcistas sobre el riesgo y la enfermedad públicos*, ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía, transformándose en intermediador de intereses distintos y por lo general contrapuestos;
- d) nuevas fuerzas sociales y políticas aparecen en el horizonte; e
- e) importantes innovaciones teóricas y prácticas ocurren en las ciencias naturales y en la investigación en salud en particular.

Estos hechos han sido abordados con más detenimiento en trabajos anteriores,¹⁷ tan solo recordemos dos elementos importantes:

- a) el Estado-nación, contenedor del quehacer en salud pública y su principal impulsor, ha perdido su autonomía y soberanía transformándose en un intermediario sin gran poder para definir y defender las políticas sociales en el campo de la salud colectiva;
- b) al mismo tiempo, nuevos poderes han aparecido representados por las identidades defensivas y proyectivas, que defienden aspectos íntimamente ligados con su mundo

de la vida y proyectan su accionar político hacia otros actores y ámbitos de la sociedad. Muchas de estas identidades ponen sobre el tapete la importancia de interpretar la voz de la naturaleza y entran en un nuevo diálogo con ella. En esa medida, desde la salud pública debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de nuestra disciplina radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes-cuidadores y mediadores.

La salud pública del siglo XX requirió de *interventores salubristas técnico-normativos*, y no podía ser de otra forma, ya que pensábamos que la razón científica y tecnológica organizada bajo el poder del Estado era la única que podría sujetar, desde afuera, el salvaje funcionamiento de la naturaleza y el irracional comportamiento humano para desarrollar un mundo de salud y racionalidad. La salud, entonces, la alcanzaríamos mediante nuestra intervención salubrista fuerte y sapiente sobre una población transformada en objeto, tomando a la naturaleza como recurso. En los inicios del presente milenio y desde hace un buen rato ya no podemos sustentar aquello y reconocemos que más vale *interpretar* las acciones vitales naturales y sociales diversas, aprender de ellas para organizar propuestas de *cuidado* de la vida natural y social *mediando* con la ciencia, la economía y la política con miras a impulsar la salud poblacional.

La salud pública y las ciencias naturales

Cuando decimos que la salud pública alternativa debe “interpretar las acciones vitales naturales diversas”... y organizar procesos de “cuidado de la vida natural y social...”, nos referimos a una

16. *Ibidem*, p. 161.

17. Granda, Edmundo. “Salud: globalización de la vida y de la solidaridad”. *Saúde em debate*. 24(56): 83-101.

naturaleza muy diferente a aquella que fue concebida por la *enfermología pública*. En efecto, provenimos de una ciencia física dura, cuyas leyes negaron la diferencia entre el pasado y el futuro, donde la simetría temporal permitió, como dice Bergson, reducir el devenir a la producción de lo mismo por lo mismo. Leibniz ratificará tal simetría con el principio de razón suficiente, esto es, la equivalencia entre la causa plena y el efecto completo; la reversibilidad de las relaciones entre lo que se pierde y lo que se crea. A través de Galileo podremos expresar con mayor claridad esta simetría: un cuerpo que desciende un plano inclinado pierde altitud, pero adquiere una velocidad que (en ausencia de atrito) es aquella que le sería necesaria para retomar su altitud inicial.

Boltzman propondría la existencia de la flecha del tiempo, la irreversibilidad de las leyes de la termodinámica y sentaría en alguna medida las bases para una nueva ciencia, pero los juicios *ideológicos* impregnados en la dinámica clásica impidieron aquilatar su propuesta y le obligaron a disciplinarse en los cuarteles de la lógica dura. Esto es explicable como lo dicen Prigogine y Stengers porque “la ciencia nacida en Occidente no se desarrolló apenas como un juego intelectual o como una fuente de prácticas útiles, y sí como una apasionada búsqueda de la verdad”,¹⁸ y como una búsqueda de poder, sustentaría Foucault. “Si pudiésemos definir la causa ‘plena’ y el efecto ‘completo’ (diría Leibniz), nuestro conocimiento se igualaría en cuanto a perfección a la ciencia que Dios tiene del mundo”.¹⁹ El Dios del determinismo, Dios de un mundo donde “no hay lugar para lo que no está formalizado”,²⁰ explicaría Thom. Un Dios “que no juega a los dados”, añadiría Einstein.

Pero el propio Leibniz de la razón suficiente, planteará la imposibilidad de predecir cuál paso escogería el asno de Buridan o la acción libre del hombre y por lo tanto ratificará la finitud del conocimiento; ante lo cual, aquel ideal del saber infinito podría tornarse inaccesible, ilusorio y estéril. En otras palabras, la objetividad científica no tiene sentido, si termina calificando como ilusorias las relaciones que mantenemos con el mundo, si los califica como *apenas subjetivas*, o como *apenas instrumentales* los saberes que permiten tornar cognoscibles los fenómenos que nos rodean.

El mundo fenoméricamente se presenta siempre como nuevo, como variable, como cambiante. La física redujo estos fenómenos a mera apariencia, siempre los negó. Pero el siglo XIX interpretó la vida como constante evolución, mientras que la física ha demostrado en el final del siglo XX que no solamente las estrellas nacen, viven y mueren, sino que como el propio universo tiene una historia, las partículas elementales no paran de crearse, de desaparecer y transformarse.

Para poder entender este universo como eterno reinicio, la física ha debido:

- a) Crear una noción de evolución y aceptar la irreversibilidad de los procesos, esto es la quiebra del antes y el después, el apareamiento de lo nuevo.
- b) Integrar la noción de *acontecimiento*, que no puede ser deducido de una ley determinista: lo que aconteció podía no haber acontecido y por lo tanto, las posibilidades que ningún saber puede reducir remiten más bien a una propia normatividad de la materia en actividad.

- c) La noción de *coherencia* como realidad que ocurre en los procesos fuera de equilibrio, los mismos que producen una autoorganización, esto es, originan nuevos comportamientos colectivos de partículas correlacionadas que generan transformaciones cualitativas.

Ésta es la razón por la cual la física ha introducido conceptos tales como *sensibilidad*, *inestabilidad*, *bifurcación*. La *sensibilidad* une la definición del sistema a su actividad, la *inestabilidad* hace relación a la sensibilidad del sistema a sí mismo, a las fluctuaciones de su propia actividad, y la *bifurcación* describe al sistema cuando éste se torna inestable y puede evolucionar en la dirección de varios regímenes de funcionamiento. Prigogine y Stengers dicen:

“... en estos puntos (de bifurcación) un ‘mejor conocimiento’ no nos permitiría deducir lo que ocurriría y sustituir las probabilidades por las certezas... Hoy se conoce que un mismo sistema, puede, en la medida en que se aumenta su desvío atravesar múltiples zonas de inestabilidad, en las cuales su comportamiento se modificará de manera cualitativa y podrá adquirir un régimen caótico, en que su actividad puede ser definida como el inverso del desorden indiferente que reina en el equilibrio: ninguna estabilidad garantiza más la pertinencia de una descripción macroscópica, todos los posibles se actualizan, coexisten e interfieren, el sistema es ‘al mismo tiempo’ todo lo que puede ser”.²¹

En esta forma, la física quiebra su noción de ciencia modelo, siempre basada en las leyes invariantes, y nunca cercana a las variaciones, al cambio. El requerimiento de la invariabilidad, del equilibrio estaba siempre preconcebido bajo

la necesidad de mantener los sistemas sometidos a quien la manipula, pero hoy debe reconocer que fuera del equilibrio esa definición debe ser abandonada para dar paso a nuevas nociones de inestabilidad, coherencia, sensibilidad y bifurcación. “Tanto en dinámica clásica como en física cuántica las leyes fundamentales ahora expresan posibilidades, no certidumbres. No solo poseemos leyes sino acontecimientos que no son deducibles de las leyes pero actualizan sus posibilidades”²².

La investigación y hallazgo de atractores fractales ayuda a comprender la posibilidad de que los sistemas en su movimiento generen una multiplicidad infinita de trayectorias. Hasta hace poco tiempo, la existencia de un atractor era sinónimo de estabilidad y de reproductibilidad, es decir, de retorno a lo mismo a pesar de las perturbaciones existentes y en cualquiera de las particularidades iniciales del proceso. Ahora sabemos que en situaciones iniciales muy próximas pueden generarse, en un horizonte temporal, evoluciones totalmente divergentes.

La idea de causa fue más o menos explícitamente asociada a la noción de *lo mismo*, es decir, una misma causa produce, en circunstancias semejantes, un mismo efecto; ahora la idea de causa se reduce a una afirmación sin gran alcance cognoscitivo: ocurre lo que debía ocurrir, ya que esos *mismos* sistemas, si son caracterizados por un atractor fractal, no tendrán un destino convergente, sino que pertenecen a trayectorias que divergirán a lo largo del tiempo, aspecto que caracteriza al comportamiento caótico.

La existencia de los sistemas caóticos transforma la noción de imprevisibilidad, la libera de la idea de ignorancia contingente, de que un mejor conocimiento sería suficiente para interpretarlo y le da un sentido intrínseco a la propia mate-

18. Prigogine, Ilya y Stengers, Isabel. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda. 1992.

19. *Ibidem*.

20. Thom, René. *Prefacio al ensayo filosófico sobre las probabilidades de Laplace*. Mencionado por Prigogine, Ilya y Stengers, Isabel. *Ibidem*.

21. *Ibidem*.

22. Prigogine, Ilya. *El fin de las certidumbres*. Madrid: Taurus; 1997, pp. 9-10.

ria que evoluciona y autoproduce, con relación al ambiente, su propia trayectoria variante. Con la noción de atractor caótico la cuestión fundamental no radica en oponer determinismo e imprevisibilidad, sino más bien entender por qué es imprevisible una evolución que se comporta unas veces de una manera y otras veces de otra.

El comportamiento caótico ha permitido avanzar en la comprensión de los procesos químicos que, como bien se conoce, son creadores de nuevas estructuras materiales que de algún modo constituyen los testimonios de su propia formación. Estos indican cómo la irreversibilidad se inscribe en la propia materia y posibilita la creación de lo nuevo como realmente existente y no como simple apariencia, y ha dado espacio para iniciar una posible explicación del origen de la vida donde, la no-repetibilidad, la existencia de correlaciones de largo alcance y el quiebre de la simetría espacial, permitirían interpretar en mejor forma la riqueza de las relaciones entre los procesos, los acontecimientos y las circunstancias que ganan sentido fuera del equilibrio y posibilitan la aparición de la vida como acontecimiento. En esta forma no estaríamos hablando de una reducción de la vida a lo físico-químico sino de una verdadera metamorfosis de la química, donde las moléculas, como sustentan Eigen y col., serían al mismo tiempo, las actrices y los productos de su propia historia. “La materia es ciega al equilibrio allí donde no se manifiesta la flecha del tiempo, pero cuando ésta se manifiesta lejos del equilibrio, ¡la materia comienza a ver! Sin la coherencia de los procesos irreversibles de no equilibrio sería inconcebible la aparición de la vida en la tierra”.²³ La materia y la naturaleza dejan de ser concebidas como máquinas para dar paso a una interpretación distinta donde éstas también son consideradas sujetos.

Lejos del equilibrio, los procesos no pueden ser comprendidos dentro del esquema compensatorio causa-efecto, sino que se articulan en arreglos singulares, sensibles a las circunstancias que les rodean, capaces de cambios cualitativos, abiertos a la bifurcación de sus trayectorias, originadores de lo nuevo.

“Desde el origen, la física fue dilacerada por la oposición entre el tiempo y la eternidad: entre el tiempo irreversible de las descripciones fenomenológicas y la eternidad inteligible de las leyes que debían permitirnos interpretar esas descripciones fenomenológicas. Hoy, el devenir y la inteligibilidad ya no se oponen, pero la cuestión de la eternidad ni por eso abandonó la física... ella aparece bajo nueva luz, en la posibilidad de un eterno recomenzar, en una serie infinita de universos a traducir la eternidad incondicionada de esa flecha del tiempo que confiere a nuestra física su nueva coherencia... La idea de eternidad parece que impuso una confrontación trágica entre el hombre cuya libertad impone y afirma el tiempo, y un mundo pasivo, dominable y transparente al conocimiento humano”.²⁴

Esta idea rompió el diálogo entre ciencias naturales y sociales, diálogo que en este inicio de milenio parece reiniciar, ya que la ciencia, al igual que el arte y la filosofía, es experimentación creadora de cuestiones y de significaciones y en ningún momento está destinada a basarse en una racionalidad instrumental o indolente destinada a destruir lo que no puede comprender. Los físicos y los biólogos ahora comienzan a aceptar que la definición de su objeto no está dada de una vez por todas, sino que puede depender de la manera intrínseca del régimen de

actividad de lo que estudian. Así también, los científicos sociales, en su intento por conocer la sociedad, están obligados necesariamente a tomar en consideración la forma en que los seres humanos crean el sentido del mundo en que viven. A pesar de que los dos hechos tienen grandes diferencias, se visualiza una nueva coherencia entre las aproximaciones científica, natural y social.

En la segunda mitad del siglo XX, la naturaleza inanimada deja de ser concebida como máquina para dar paso a una interpretación distinta donde ésta también es considerada como sujeto. El ser humano no es el dueño del mundo ni tiene derecho de domeñarlo, porque la ¡materia ve! y las moléculas son actrices y productos. El ser humano deja de ser dueño para pasar a ser socio. El mundo centrado en el dios-hombre se derriba; el antropocentrismo entra en crisis. Por otro lado, la distinción dicotómica entre ciencias naturales y ciencias sociales parece que comienza a dejar de tener sentido y utilidad; muchas de las teorías contemporáneas introducen en la materia los conceptos de historicidad y de proceso, de autodeterminación y aún de conciencia que anteriormente habíamos reservado para nosotros, los seres humanos. “Es como si el hombre y la mujer se hubiesen lanzado en la aventura de conocer los objetos más distantes y diferentes de sí, para una vez llegados allí, encontrarse reflejados como en un espejo”.²⁵ Estos nuevos acontecimientos también nos llevan necesariamente a preguntarnos por el valor de las dicotomías defendidas por la modernidad, tales como naturaleza/cultura, vivo/inanimado, natural/artificial, animal/persona, mente/materia. La ruptura ontológica entre el hombre y la naturaleza y las dicotomías enunciadas permitieron, sin lugar a dudas, la explotación científica de la segunda, la misma que parece ser indisoluble de la explotación del hombre por el hombre.

La salud pública como una disciplina *mixta* producto del entrecruzamiento de las miradas social y natural, tiene, a la luz de los nuevos hallazgos, la obligación de repensar sus formas de mirar, interpretar y accionar.

Una nueva forma de mirar

La salud pública convencional miró a la población y a la naturaleza como objetos a ser intervenidos por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que la salud pública alternativa requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, en interacción con la naturaleza y, al mismo tiempo, construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, y para prevenir y atender enfermos.

Bajo este requerimiento, interpretamos que la mirada de la salud pública alternativa está cambiando y buscando ampliar su horizonte para avanzar desde:

- a) Su preocupación por ver solamente la enfermedad y la muerte a la necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida, sin descuidar las primeras.
- b) Su costumbre de ver objetos al intento por mirar sujetos para actuar con ellos.
- c) Su compromiso único con la función *sanitarista* del Estado a la comprensión de otras formas de accionar saludables que a su vez construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud.

Para la medicina clínica, el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (la evidencia) sobre la enfermedad, ni

23. Ibidem, p.11.

24. Prigogine, Ilya y Stengers, Isabel. *Entre o tempo e a eternidade*. Op. cit.

25. Santos, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. 4ª edição. São Paulo: Cortez editora, 2006.

su libre voluntad juega en la curación, sino que el individuo tiene que supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión como en su accionar, a los dictámenes del médico representante del conocimiento y método científicos; en esta forma, en palabras del Foucault “el individuo es suprimido”, es barrido como *evidencia*; o como dice Madel Luz, “la cuestión de la vida... es transformada en metafísica”.²⁶ Así también, con la *enfermología pública*, los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida ni la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas pueden jugar ningún papel, las mismas que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral. Por otro lado, las prácticas necesarias para la prevención deben ser diseñadas y ejecutadas por el Estado, que en su labor igualmente *civilizadora* ayudará a superar las prácticas y poderes locales necesariamente irracionales; las colectividades, en palabras de Foucault, habrían sido *suprimidas* o transformadas en objetos con vida.²⁷

Mirando la vida y el sujeto

Para la salud pública alternativa, los elementos explicitados en párrafos anteriores son profundamente contradictorios porque:

- Los seres vivos son autopoieticos²⁸, es decir, producen sus propias normas y estructuras de autoproducción; en especial las poblaciones humanas.

- El vivir genera la salud y ésta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; “salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado”.²⁹
- Si en el diario deambular, las poblaciones producen su salud, la fuerza o poder fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida. No es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva para alcanzar la salud.
- Si se considera que la propia vida engendra salud, se requiere interpretar la vida a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio, de otra forma ocurre lo que Almeida y Silva Paim critican: “la salud se ubica en el punto ciego de las ciencias de la salud”.³⁰

Reflexionemos sobre los puntos anteriores:

Autonormatización: si la salud es la capacidad de autonormatizar el buen funcionamiento corporal y psíquico, podremos hablar de una normatividad biológica común para la especie, pero también existirá una normatividad cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Existirá, además, una normatividad individual propia de cada persona, producto de

su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente. Si es así, la salud pública alternativa comienza a preguntarse sobre cómo proceder para transformarse en intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

Lo anterior está llevando a la salud pública a pensar que el método científico positivista, basado en la idea de la *verdad* universal a través de la *mathesis* o “comparación de las cosas en el mundo”,³¹ deberá dar paso a una propuesta metódica que también considere las *verdades* particulares y diversas, ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano conservan su capacidad de instituir nuevas normas. Esta forma de ver complejiza los métodos de investigación tradicionales utilizados por la epidemiología y fundamentados en una visión de riesgo, al verse obligados a diferenciar la susceptibilidad grupal e individual y la acción de los factores asociados al problema que se intenta estudiar.³² Al respecto, Naomar Almeida, desde la epidemiología, hace aportes importantes para dar cuenta de ésta y otras problemáticas al introducir tres dimensiones: la dimensión de las instancias, la dimensión de los dominios y la dimensión de los niveles de complejidad,³³ mientras que Roberto Passos Nogueira insiste en actualizar aquella idea illichiana constante en la *Némesis médica* que la salud constituye “una capacidad autónoma de lidiar, una capacidad de hacer con autonomía, en una lid permanente

contra las dificultades del propio organismo y del medio ambiente. La salud tiene que ver, por un lado, con los ajustes que cualquier animal opera en relación a su medio, y, por otro lado, con la creatividad espontánea del ser humano socializado que es siempre capaz de inventar formas de vivir mejor”.³⁴

El tiempo y el sujeto: la salud pública alternativa también está repensando sobre el tiempo en forma muy diferente a como tradicionalmente hemos pensado, esto es, en una supuesta *eternidad* en las leyes. El interés por dar cuenta de la salud y vida y no solo de la enfermedad recomienda más bien ampliar el presente y pensar en la salud como la capacidad de romper las normas impuestas para construir nuevas normas bajo los requerimientos de adaptación al cambiante mundo.³⁵ Al respecto, Humberto Maturana interpreta que el organismo, para sobrevivir, requiere acoplarse a sus especiales requerimientos organizativos que establecen su propia identidad, para lo cual en ocasiones tiene necesidad de cambiar sus relaciones con el medio: “Todo lo que en los seres vivos ocurre no responde a especificaciones del medio, sino a sus propias determinaciones estructurales. Lo único que el medio puede hacer es ‘gatillar’ determinadas reacciones definidas por la estructura del ser vivo”.³⁶

La salud pública alternativa tendría que necesariamente aceptar la temporalidad y en esa medida está compelida a entender que los plan-

26. *Ibidem*, p. 88.

27. Granda, Edmundo. “La salud pública y las metáforas sobre la vida”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 18(2): 83-100, julio-diciembre, 2000.

28. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. 2002.

29. Maestría de Salud Pública de la UNL. 1997-1999. Plan de Estudios. Loja: Universidad Nacional de Loja; 1997.

30. Almeida Filho, Naomar y Silva, Paim Jairnilson. *La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico Sociales; 75:5-30.

31. Ayres, José Ricardo. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

32. Castiel, David. *O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papirus; 1994, p. 158.

33. Almeida Filho, Naomar. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

34. Passos, Nogueira Roberto. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare Editora; 2003.

35. “Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”. Canguilhem, George. *Ideologia y racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70.

36. Echeverría, Rafael. *El búho de Minerva*. Tercera edición. Santiago de Chile: Dolmen; 1997.

teamientos requeridos para la superación de la salud no se encuentran únicamente en la construcción de una *ciencia* representativa de toda la supuesta verdad y en un Estado o centro intérprete y legislador de toda normatividad necesaria para lograr la salud, sino que la acción fundamental radica en la constante e infinita normatividad que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y en su acoplamiento consensual,³⁷ acción que la salud pública debería constantemente interpretar y reinterpretar. Recordemos con Touraine que “el sujeto no constituye sino aquel esfuerzo del individuo por ser actor, por obrar sobre su ambiente y crear de este modo su propia individuación”.³⁸ La construcción del sujeto es, entonces, la construcción de la propia personalidad y, al mismo tiempo, la constitución de la socialidad y politicidad del mundo objetivo en el que vive, que es tal, por la objetivación y subjetivación del individuo. En otras palabras, el actor es así, no porque pertenece a un grupo u organización cualquiera, sino porque a través de su individuación puede construir un puente entre el mundo instrumental y su identidad, dando un especial tinte a su subjetividad y a la objetividad. La salud pública podrá ganar efectividad en la medida en que sea no solamente un producto científico, sino un producto de la objetivación humana, pero al mismo tiempo apoye la propia subjetivación individual, social y espacial.

La salud pública alternativa también requiere interpretar el futuro en forma distinta a la clásicamente estatuida: es decir, no puede aceptar la evolución como un hecho necesario, previamente establecido por las leyes objetivas dentro de un universo cerrado. Si la propia vida tiene una capacidad autonormativa o autopoietica,

el universo siempre es abierto y la evolución es más bien el resultado de una *deriva natural*, conforme lo sustentan Varela y Maturana³⁹, mientras que la sociedad parece “que sigue un camino más allá de la gente y que es necesario deshacerse de esa idea de una dirección consciente y de un total dominio sobre nuestro destino, tal como lo contemplaban los sociólogos clásicos”.⁴⁰ Esto es importante, porque cada día aparece con más fuerza la idea de primero mirar el presente para interpretar la vida de los organismos y poblaciones y explicar la forma en que emergen las propias normas de la sociedad, del organismo o del cuerpo.

Si la norma se halla ubicada en la vida misma del organismo y en la actividad natural y acción o vida social, es difícil recomendar que el presente se supedita a una imagen del futuro elaborada con cualquier teleología de tipo cientificista porque para una proyección donde se pone como eje la vida, todas las predicciones se transforman en previsiones relativizadas por la fuerza de las normas que emergen en el presente por la dinámica de la materia o por la capacidad autopoietica natural o social. Entonces la seguridad del futuro únicamente será posible construirla a través de la acción que se desarrolla aquí y ahora⁴¹ proponiendo una visión de futuro diferente.

El espacio: es conveniente indicar que el tiempo, el espacio y el sujeto deben ser comprendidos en forma conjunta, pero la *enfermología pública* los trató por separado, por esto la salud pública alternativa debe comenzar por hacer una interpretación diferente no solo del tiempo, sino también del espacio en su relación con el sujeto. La expresión *aquí y ahora* considera la noción de lo local como ámbito privilegiado para el

pensamiento y la práctica. En la localidad sería más factible descubrir los rasgos característicos de la vida que se teje como acción social. La reinterpretación del espacio obliga a la salud pública a poner especial consideración sobre la descentralización como una alternativa para acercar al sujeto individual y social el ejercicio de mayor poder sobre la planificación y ejecución de las acciones en este campo. Un especial cuidado deberá entregarse en prevenir la ruptura de la integralidad del quehacer en salud que suele suscitar algunas experiencias de descentralización, así como el descuido por parte del Estado central hacia las áreas descentralizadas, o la dominación del espacio de la salud descentralizado por parte de intereses económicos o poderes extraños. La descentralización entraña además un proceso de fortalecimiento del centro en lo que hace referencia a la información y a la regulación para mejorar su funcionamiento.

La ampliación de la razón y la ética: la salud pública alternativa da un énfasis grande a la acción que había sido dejada de lado por el peso avasallador del *cogito* cartesiano. Además, las dicotomías teoría/práctica y sujeto/objeto son cuestionadas y se plantea que “todo conocer es hacer y todo hacer es conocer”,⁴² con lo cual se reconoce que el “pienso, luego existo” es posterior al “acciono, luego existo”, conforme propone Heidegger,⁴³ o al “distingo, luego existo” como habla Von Glaserfeld.⁴⁴

La salud pública alternativa nos lleva a reconocer y dar importancia a otras racionalidades y, en esa empresa, también reconocen que el obrar se acompaña de una *conciencia práctica*⁴⁵ y, por

lo tanto, también es racional aún antes que la conciencia discursiva se haga presente. En igual forma que la actividad natural, la misma que es racional en su realidad de autoproducción y autotransformación. Si es así, la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción promoción gana una fuerza inusitada, pero no solo como una idea de promocionar los comportamientos y *estilos de vida* racionales y universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoieticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones en su diario accionar con relación a la naturaleza, con lo cual el carácter *civilizatorio* o mesiánico de la ciencia occidental perdería su poder omnimodo para compartir conocimientos, saberes y prácticas con otras culturas.⁴⁶ Como dice Sousa Santos:

“... la diversidad epistémica del mundo es potencialmente infinita, pues todos los conocimientos son contextuales. No hay conocimientos puros ni conocimientos completos; hay constelaciones de conocimientos. Consecuentemente, es cada vez más evidente que la reivindicación del carácter universal de la ciencia moderna es apenas una forma de particularismo, cuya particularidad consiste en tener poder para definir como particulares, locales, contextuales y situacionales todos los conocimientos que rivalicen con ella”.⁴⁷

La ampliación de la razón nos lleva, por otro lado, a reconocer que la *verdad* científica no es necesariamente buena, sino que lo adecuado tie-

37. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

38. Touraine, Alain. *Igualdad y diversidad: las nuevas tareas de la democracia*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1998.

39. *Ibidem*

40. Giddens, Anthony. *Entrevista*.

41. Rovere, Mario. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: OPS/OMS; 1993.

42. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

43. Heidegger, Martin. *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.

44. Von Glaserfeld. *Distinguishing de Observer*. www.oikos.org/vonobserv.htm, 1999.

45. Giddens, Anthony. *Central Problems in Social Theory*. Berkeley: University of California Press; 1979.

46. González, Max. *Educación, universidad y postmodernidad*. Loja: Poligrafiados de la UNL; 1999.

47. Santos, Boaventura de Sousa e Meneses, Mario. *Introdução para ampliar o cânone da ciência*. En: Santos, Boaventura de Sousa. *Semear outras soluções: Os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2004, p. 46.

ne que siempre ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo, establecemos que es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico.⁴⁸ Boaventura de Sousa Santos propone que

“en las actuales circunstancias, el objetivo existencial de la ciencia está fuera de ella. Ese objetivo es democratizar y profundizar la sabiduría práctica, la ‘phronesis’ aristotélica, el hábito de decidir bien⁴⁹, más tarde el mismo autor platea que el ‘now-how técnico’ es imprescindible, pero el sentido de su uso le es conferido por el ‘now-how ético’ que como tal, tiene prioridad en la argumentación”.⁵⁰

En el empeño de ampliar la razón, Boaventura de Sousa Santos recomienda pensar en *ecología de los saberes*, con lo cual propone identificar otros saberes y otros criterios de rigor que operan creíblemente en contextos y prácticas declarados no existentes por la razón instrumental. Al respecto, Sousa Santos no acepta la existencia de la ignorancia en general ni del saber en general ya que “toda ignorancia es ignorancia de cierto saber y todo saber es la superación de una ignorancia particular”.⁵¹ El principio que sustenta que todos los saberes son incompletos, recomienda el diálogo y disputa epistemológica entre los diversos conocimientos. En la salud pública es importante identificar los contextos y prácticas en los que cada saber opera y el modo en que los actores conciben la salud y la enfermedad así como la forma en que superan la *igno-*

rancia sobre las formas para promover la salud o para curar la enfermedad.

La globalización del riesgo: La manera como nos hemos relacionado con la naturaleza durante el industrialismo y la forma como procedemos en el *globalismo* generan grandes peligros de destrucción para los procesos vitales naturales y sociales: piénsese en la catástrofe de Chernobyl, el hueco en la capa de ozono, el calentamiento del globo terráqueo, etc.

Parece que con la ciencia y la técnica hemos triunfado y ahora vivimos la muerte de la naturaleza; es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es. Como afirma Giddens: “...muy recientemente, en términos históricos, comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que hemos hecho con ella”.⁵² El problema radica en que la acción humana siempre ocurre en medio del desconocimiento de algunas condiciones requeridas para esa acción y tampoco es posible controlar todas las consecuencias no deseadas de nuestro accionar. De allí, que en este momento vivamos lo que Ulrich Beck denomina la “globalización de los efectos secundarios o consecuencias no intencionadas”.⁵³

La salud pública alternativa tiene necesariamente que tomar en consideración este hecho; tiene que cambiar su forma de mirar a la naturaleza no como objeto a ser intervenido, sino como sujeto dialogante, con el fin de descubrir su ra-

cionalidad inherente y diversa. De la aproximación únicamente explicativa y utilitaria, tiene necesariamente que pasar a una aproximación interpretativa y responsable, porque como bien dice Sousa Santos, “la capacidad de acción (de la ciencia-tecnología) es excesiva en relación a la capacidad de previsión de las consecuencias del acto en sí, o por el contrario, la capacidad de prever las consecuencias es deficitaria en relación a la capacidad de producir el hecho”.⁵⁴

La sociedad del riesgo: los riesgos manufacturados no solamente se relacionan con la naturaleza, también se extienden a la vida social impactando las bases culturales de nuestra existencia. Actualmente es posible registrar grandes cambios en los roles del hombre y de la mujer; importantes transformaciones en las relaciones de pareja que cuestionan al matrimonio y a la familia tradicionales, y conceptos y prácticas distintas alrededor del trabajo, la economía, la moral, el arte, la comunicación (que obligan a las personas a vivir en constante riesgo y a enfrentar futuros mucho más abiertos que antes). Junto con las transformaciones del mundo familiar, se suma en nuestro *cuarto mundo* la necesaria migración de la fuerza de trabajo en busca de sustento, con lo cual se rompe aún más los lazos de solidaridad y apoyo tradicionales.

Pero, además, las relaciones de producción en este nuevo mundo del capital han cambiado, conduciendo a un notable incremento de desocupación y fragmentación del trabajo, en un momento en que también se debilitan o desaparecen los espacios e instituciones solidarias y la protección ante el desempleo.

El nuevo mundo *globalista* está produciendo, sin lugar a dudas, un incremento de la inequidad, polarización de las poblaciones y creciente exclusión social, reemergencia de enfermedades antiguas que se suman con nuevas. La salud pública tiene necesariamente que comprender que el riesgo que anteriormente se ubicaba en la naturaleza externa hoy claramente es el propio producto de la razón, de la ciencia y de la organización *globalista* dominante. Pero además, de acuerdo a Ulrich Beck,

“... la sociedad del riesgo es una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la cual los riesgos sociales, políticos, económicos e individuales tienden cada vez más a escapar del monitoreo y protección de las instituciones creadas por la sociedad industrial, y más bien, las instituciones de la sociedad industrial se constituyen en las productoras y legitimadoras de los peligros que no pueden controlar”.⁵⁵

Al respecto, la salud pública está en la obligación de entender que su posibilidad de apuntalar la salud y la vida ya no depende tanto de mejorar los medios, sino de apoyar la reorganización de los fines. La salud pública se encuentra ante la necesidad de cuestionarse si el eje de su preocupación radica en las intervenciones más o menos racionales que puede llevar a cabo o en su potencialidad de apoyar el empoderamiento de los individuos y grupos que pueden apoyar aquella reorganización de los fines humanos.⁵⁶

Es interesante reconocer que salud pública alternativa requeriría comprender la salud pública desde la vida misma y no solo desde el cálculo

48. Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS ha apoyado grandemente el tratamiento de este tema. El que escribe también ha realizado un módico aporte en el artículo *El sujeto, la ética y la salud*. Op. cit.

49. Santos, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência posmoderna*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

50. *Ibidem*, p. 159.

51. Santos, Boaventura de Sousa. “Hacia una sociología de las ausencias y una sociología de las emergencias”. En: *El milenio huérfano*. Madrid: Editorial Trota; 2005, p. 163.

52. Giddens, Antony. *Globalization*. London: Reith Lectures- <http://news.bbc.co>, 1999.

53. Beck, Ulrich. *The Reinvention of Politics*. Cambridge: Blackwell; 1997.

54. Santos, Boaventura de Sousa. *A crítica a razão indolente*. Op. cit., p. 59.

55. Beck, Ulrich; Giddens, Anthony; and Lash, Scott. *Reflexive Modernization*. Stanford: Stanford University Press; 1994.

56. Granda, Edmundo. “Globalización de los riesgos de salud”. En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Número especial, 2006.

del riesgo que ocurre por fuera y antes de que la *máquina corporal* enferme. El riesgo se internalizaría y se encontraría ubicado en la propia vida del individuo y del grupo, con lo cual la salud pública se imbricaría con el afán de construcción de la identidad individual y colectiva. Una de las maneras de promover la salud radicaría en que la población aprenda a conocer y manejar los riesgos, más que querer dominarlo todo, porque lo que con seguridad hemos aprendido en esta época de increíble desarrollo científico es que, como habíamos dicho anteriormente, existen condiciones de la acción humana desconocidas y consecuencias de la acción no deseadas, debido a lo cual es más complejo calcular los riesgos manufacturados, siendo necesario que todos construyamos la acción a través del acuerdo intersubjetivo, oponiendo siempre al poder *globalista* que más amenazas trae para la salud.

Mirando las estructuras y la vida

En los párrafos anteriores enfatizamos sobre la necesidad que tiene la salud pública de aproximarse primero a la vida y al sujeto, con el fin de liberarse de aquella atadura que la obligaba a mirar nada más que objetos alopoiéticos cifrados por la enfermedad y la muerte, los mismos que debían ser *exorcizados* por una salud pública científica y normativa montada sobre el aparato estatal.

El imaginar que la salud ocurre por el propio hecho o acción de vivir es, sin lugar a dudas, refrescante, porque realza el carácter autopoietico del ser vivo, pero es, al mismo tiempo, peligroso que este pensamiento libre de toda atadura nos lleve a generar imágenes de organismos particulares que supuestamente existen al margen del siste-

ma social, cuando sabemos que la salud pública, al intentar comprender la salud como hecho social, tiene necesariamente que interpretar el vivir como acción biológica y social. Pero aquello no es suficiente, porque la salud pública en cuanto multidisciplinaria no puede comprender solamente las actividades naturales y acciones sociales que generan salud, sino que también requiere interpretar y obrar sobre las estructuras que potencian o restringen el desarrollo de esas acciones sociales. En esa medida, la salud pública tiene que mirar la acción y las estructuras. Ahora bien, no puede ver la acción de vivir únicamente desde las estructuras porque terminaría traduciéndola en una simple función tal como hizo el pensamiento funcionalista sobre el que se fundamentó la salud pública convencional. Tampoco puede ver las estructuras únicamente desde la acción porque terminaría interpretando que las estructuras son solamente un epifenómeno de la acción.

La salud pública alternativa requiere entender la estructuración de las prácticas sociales saludables y deteriorantes, esto es, comprender y explicar “como la estructura es constituida por la acción y, recíprocamente, como la acción es constituida estructuralmente”.⁵⁷ En esa medida podremos interpretar que la vida saludable es construida diaria y activamente por sujetos diestros y calificados, pero que al mismo tiempo esa construcción la hacen como actores históricamente situados y “no bajo condiciones de su propia elección”.⁵⁸ Así, las conductas saludables pueden ser interpretadas tanto como acciones intencionales generadas por el sujeto, pero al mismo tiempo habilitadas o constreñidas por las regularidades estructurales en que desenvuelve dicho comportamiento.

Los mencionados procesos de estructuración de las prácticas sociales saludables o deteriorantes deberán necesariamente ser entendidos a partir de la interacción de marcos significativos constituidos por los propios actores sociales, marcos que se sustentan en criterios de verdad, eticidad, veracidad, que a su vez se desenvuelven vehiculizados por los poderes que se reproducen en esa interacción. Al respecto, Giddens opina que “todo orden cognoscitivo y moral es al mismo tiempo un sistema de poder, que incluye un horizonte de legitimidad”⁵⁹ De esta forma la salud pública podría resistirse a la receta reduccionista de la razón funcionalista que intenta ver la acción humana como una simple función de la estructura para más bien rescatar las prácticas sociales con sus potencialidades emancipadoras.

La salud pública alternativa manifiesta su compromiso de impulsar la estructuración de prácticas saludables, con la participación de los distintos actores, sin dejar de lado el estudio de las estructuras que apoyan o perturban el desarrollo de acciones saludables. Al respecto, Sousa Santos reconoce seis espacios estructurales con sus unidades de práctica social, instituciones, dinámica de desarrollo, formas de poder, formas de derecho y formas epistemológicas: el espacio doméstico, el espacio de producción, el espacio del mercado, el espacio de la comunidad, el espacio de la ciudadanía y el espacio mundial.

La salud pública tiene que conocer cómo se da la vida en cada uno de los espacios estructurales, sus dinámicas de desarrollo, las formas de poder, las formas de producción y validación de conocimientos, con miras a interpretar cómo cada uno de los espacios estructurales obran sobre la salud y la enfermedad de la población y cómo

puede mediar en cada uno de ellos para impulsar la salud y prevenir o controlar la enfermedad. Al ampliar Sousa Santos la antigua dicotomía Estado/sociedad civil hacia los seis espacios estructurales, posibilita a la salud pública imaginar e interpretar formas de *cuidado* e *intermediación* más creativas, donde la naturaleza adquiere diversos estatutos y no únicamente aquel de máquina que lo reconoce el espacio de producción o del mercado que la transforma en recurso.

Hacia una interpretación-acción diferente

Es fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relación en redes autodependientes, sistemas complejos, etc., avances que en alguna medida van integrándose a la salud colectiva y que nos brindarán nuevos elementos para una mejor comprensión del complejo mundo de la vida.⁶⁰

Pero, además, es fundamental que recordemos que el accionar en el campo de la salud pública, conforme lo reconoce Mario Testa,⁶¹ se desarrolla en un doble movimiento de determinación/constitución y de significado/sentido. En otras palabras, es fundamental que la acción en salud pública obre con un criterio de búsqueda de las determinaciones de su objeto de estudio, esto es, descubra las “fuerzas positivas que establecen los límites dentro de los cuales puede ocurrir el fenómeno”. Además, en la acción en salud pública el salubrista se construye en cuanto sujeto, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, sujeto público para, por último, reconstituirse como sujeto de la vida comprometido.

57. Giddens, Anthony. *New Rules of Sociological Method*. 2nd edition. Stanford: Stanford University Press; 1993.

58. Marx, Carlos. *El dieciocho Brumario*. México: Editorial Cartago; 1972.

59. Giddens, Anthony. *New Rules of Sociological Method*. Op. cit., p. 193.

60. Los aportes de Humberto Maturana, Francisco Varela, Fritjof Capra, son posiblemente los que más apoyan para establecer una potencialidad interpretativa diversa para la salud pública.

61. Testa, Mario. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

do con el cambio requerido. Para hacerlo, el salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con el que se encuentra y que, por lo general, se consolida en cuanto estructura, pero a su vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido. El juego de sentido-significado-determinación-constitución es un juego complejo capaz de caminar con algún éxito entre el Escila del subjetivismo y el Caribdis del objetivismo.

Bajo este requerimiento, Mario Testa reconoce la necesidad de una doble hermenéutica recomendada por Habermas y Giddens. Al respecto, las ciencias sociales, como hemos dicho anteriormente, han avanzado notoriamente y plantean la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica a través de la inmersión directa del cientista social con la población y en su mundo de la vida, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Pero, además, las ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia.

El mundo en el que se mueve el salubrista es un mundo que está *dado*⁶² y que también está *dándose*. Está *dado* como estructuras en las que es posible encontrar recursos físicos, ecológicos, biológicos, financieros, tecnológicos etc., por un lado, pero también normas: leyes, reglamentos,

directivas reconocidas e institucionalizadas, formas de poder y de derecho, costumbres y tradiciones. Está, además, *dándose* (ocurriendo) como la autopoiesis vital individual y social, y como producto del accionar de la gente con sus verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder.

El salubrista requiere conocer-accionar en ese doble mundo de lo *dado* y del *dándose*. La complejidad de la acción-investigación por parte del salubrista radica en que se aproxima en el mundo de lo *dado* a un objeto que aparece como biosicología individual que también es social en razón del acoplamiento estructural y consensual del que nos habla Maturana;⁶³ por lo tanto, el salubrista lidia con un objeto que siempre es sujeto. Pero no solo es social sino que está constantemente *dándose*, es decir, es una biosicología individual que está *dándose* por propia autopoiesis individual y por la interrelación social. En otras palabras, trabajamos siempre con objetos que son sujetos y con individuos que son sociales, pero que nunca pierden su carácter individual por su característica autopoiética, conforme indica Castiel⁶⁴.

Esta situación complica aún más la “efectividad operacional en el dominio de la existencia”⁶⁵ (conocimiento) del salubrista, porque no solo debe dar cuenta de un objeto-sujeto que está *dándose* en cuanto actor social, sino que debe también dar cuenta de un actor sociobiológico. En otras palabras, debe imbricar la aproximación que propone Testa con aquella mirada del epidemiólogo, conforme reclama Almeida Filho⁶⁶ en su obra *La*

ciencia tímida. Pero no es suficiente que el salubrista se aproxime al actor sociobiológico para comprenderlo, sino que también comprenda que el actor sociobiológico debe lograr su constitución en cuanto tal durante la propia interrelación. Este último requerimiento es abordado por Ayres⁶⁷, quien a su vez recomienda una aproximación regida por el concepto *cuidado*, para alcanzar aquello que él denomina *logro práctico* en contraposición al *éxito técnico* que aparece como unilateral e incompleto, mientras que Testa nos habla de la necesidad de una aproximación *amorosa*. En otras palabras, la salud colectiva o salud pública alternativa estaría buscando que “aquel camino trágico para la humanidad, (del que nos habla Madel Luz) en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adiós”, se vuelvan ahora a encontrar.⁶⁸

Ante la complejidad de la acción-conocimiento por parte del salubrista es fundamental, entonces, recurrir a aquella doble hermenéutica que nos habla Mario Testa, comenzando por una hermenéutica 0 (cero) centrada en el lenguaje, para luego pasar a una hermenéutica 1 (uno) donde las distintas lógicas científicas dan buena cuenta de los requerimientos del conocer-hacer. Una alternativa es adoptar la propuesta de Sousa Santos de la doble ruptura, conforme la desarrollaremos más tarde con mayor profundidad. De todas maneras, parece que la salud pública alternativa nos está enseñando que no es posible supeditar todo el conocimiento de la compleja problemática a modelos explicativos matemáticos, sino que es fundamental su simbiosis con modelos comprensivos que posibiliten la recuperación de lo humano ante su objetualización

llevada a cabo por los discursos de la medicina y de la salud pública tradicional, o la supresión del sujeto individual y social ante la necesidad de supeditarlos a la supuesta verdad de ciertos discursos científicos sociales y políticos.

La propuesta de la epidemiología de los “modos de vida, los modelos de fragilización y la etno-epidemiología” que presenta Naomar Almeida en *La ciencia tímida*, posibilitaría a la salud pública alternativa interpretar la enfermedad en la población como un proceso “histórico, complejo, fragmentado, conflictivo, dependiente, ambiguo e incierto, conforme propone el autor, permitiendo al mismo tiempo la proyección de una acción más previsional que predictiva.

En este campo, la salud pública alternativa también nos está llevando a pensar que es fundamental superar las formas de validación reductoras que “atribuye la realidad fundamental y la eficacia causal al mundo de las matemáticas, identificado como el reino de los cuerpos materiales que se mueven en el espacio y en el tiempo”,⁶⁹ que entrega, como dice Ayres, un inmenso peso al ser de los objetos y a la trascendencia del conocimiento, negando al mismo tiempo el ser del hombre y la trascendencia del mundo. Propondríamos, conforme sustenta el autor, que la *verdad* y pertinencia del quehacer de la salud pública sea juzgada a partir de la “configuración de proyectos sociales para el conocimiento y transformación de la realidad que se construyen y se transmiten intersubjetivamente en forma de normas que logran tornarse válidas para el conjunto de la sociedad”.⁷⁰

62. Zemelman, Hugo. *Los horizontes de la razón (tomo 1)*. México: Antropos; 1992.

63. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

64. Castiel, David. *O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papyrus; 1994.

65. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Op. cit.

66. “Las teorías contemporáneas de la planificación-gestión en salud son cada vez más basadas en el concepto práctica, todavía se las aplican sin el instrumental de la epidemiología, como si la epidemiología no tuviera nada que decir a los planificadores de las escuelas de Carlos Matus o Mario Testa...” Almeida-Filho, Naomar. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

67. Ayres, José Ricardo. “Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones”. En: *Revista Nacional de Salud Pública*. 20(2):7 67-82, 2002.

68. Luz, Madel. Op. cit., p. 8.

69. Burt, E. A. (org). *The English Philosophers from Bacon to Mill*. Mencionado por Ayres, José Ricardo. *Epidemiología e emancipação*. Op. cit., p.74.

70. Ayres, José Ricardo. *Epidemiologia emancipação* Ibídem, p. 79.

La salud pública alternativa que se intenta desarrollar requiere transformaciones en el ámbito de la formación del personal. La formación del salubrista adecuado para la metáfora de la *enfermología pública* se relacionaba con una imagen del salubrista *interventor técnico-normativo*, mientras que el momento actual reclama, como hemos dicho, un *sujeto interprete-cuidador y mediador*, es decir: intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su salud y enfermedad; y mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Con el primer punto, la formación del salubrista intentaría dar cuenta de aquel descuido de la salud pública por la salud y aportaría elementos filosóficos, teóricos, metódicos y técnicos para la interpretación de la salud pero, al mismo tiempo, estaría reconociendo la necesidad de apoyar la comprensión por parte de los estudiantes de que una fuerza fundamental para la producción de la salud y para controlar socialmente el ejercicio económico, técnico y político del sistema se encuentra en la propia forja de los públicos por la salud.

Con la segunda característica, la formación del profesional intentaría dar una respuesta diferente ante los cambios que vivimos, esto es: establecer como eje la vida y el accionar poblacional para entender y movilizar los conocimientos científicos y no científicos existentes, viabilizar las fuerzas políticas, y encaminar los recursos necesarios para el mejoramiento de la salud y vida poblacional. Esta acción mediadora obliga, por otro lado, a las instituciones formadoras de salubristas a mantener una posición ética de defensa de la vida natural y social, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía. Requiere, también, adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer

y actuar, y sobre el uso de la ciencia y la tecnología y sobre nuestro compromiso de desarrollar formas de *conocimiento prudente para una vida decente*.

3. El método

Los organizadores de este congreso nos piden que reflexionemos sobre “el saber en salud pública en un ámbito de pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”, lo cual tiene que ver con la posibilidad de que en el proceso de investigación en este campo podamos abrir las puertas para que no solamente la voz de la formalidad científica sea escuchada, sino que puedan oírse otras voces y muy especialmente las voces de los objetos de investigación que siempre son sujetos y también la voz del mundo-máquina acallada desde hace tanto tiempo, pero que en los últimos tiempos se ha logrado ser escuchada con insistencia y preocupación. Es necesario oír a la ciencia y al sujeto, es decir, requerimos romper con la propuesta positivista que solamente escucha los mandatos de la razón instrumental.

La doble hermenéutica

De acuerdo con Habermas, el mundo de la vida constituye el horizonte de procesos de entendimiento con que los implicados llegan a un acuerdo o discuten sobre algo perteneciente al mundo objetivo, al mundo social que comparten, o al mundo subjetivo de cada uno, el mismo que podrá ser entendido por el intérprete investigador en la medida en que éste penetre en las razones que hacen aparecer las emisiones o manifestaciones como racionales. Entonces, en el ámbito de la salud pública, (de acuerdo a Habermas) es fundamental comenzar por la hermenéutica 0 para dar más tarde paso al juzgamiento sobre la racionalidad de los juicios emitidos (herme-

néutica 1). En este momento 1, es cuando la racionalidad de los conocimientos ofrecidos por la ciencia constituida pueden ampliar dicha racionalidad, encontrar nuevas relaciones, apoyar la visión de planos más profundos e integrar los estándares de conocimiento científico a aquellos logrados por la precomprensión de los actores y su estructura racional interna.

De esta manera se logra resaltar la conexión interna entre las cuestiones de significado y las cuestiones de validez, pero esta última no solo depende de su compatibilidad teórica, sino también contextual y realizativa. Parafraseando a Habermas, la problemática de la racionalidad no le adviene a la salud pública desde fuera, sino desde dentro.⁷¹

1. Desde la propia precomprensión de los actores, en lo que hace relación a:
 - a) Sus conceptos sobre la salud-enfermedad, sus interpretaciones subjetivas, las relaciones que según el actor establece la salud con el entorno social.
 - b) Sus pretensiones de validez sobre la problemática de salud, esto es, su verdad proposicional, su rectitud normativa y su veracidad o autenticidad.
 - c) El acuerdo racionalmente motivado, es decir, el acuerdo basado en el reconocimiento intersubjetivo sobre la validez de su interpretación alrededor de la salud y sobre las acciones necesarias para promoverla, susceptibles de crítica.
2. Desde la racionalidad científica previamente constituida:
 - a) En todos los momentos anteriormente indicados, el intérprete científico puede, a través de su conocimiento, penetrar y ampliar las razones que hacen aparecer las emisiones o manifestaciones de los actores como racionales, apoyando el entendimiento de lo que pudieron y pueden éstos querer decir y hacer, así como proponer espacios de solapamiento para construir propuestas de cambio.

Habermas recomienda, entonces, comenzar por una hermenéutica 0, es decir por la propia precomprensión de los actores, o sentido común, para luego pasar a la hermenéutica 1 que busca una validación racional o científica, o la ampliación y profundización de las razones precomprendidas. Habermas reconoce que la validación puede establecerse a través del acuerdo intersubjetivo de los actores.

La doble hermenéutica propuesta por Habermas posibilitaría romper la dictadura de la razón instrumental ante el requerimiento que se consideren otros discursos representados por las verdades, veracidades y eticidades de los objetos-sujetos de investigación, quienes hacen parte del proceso de conocimiento. En este sentido, los actores con sus culturas propias traen interpretaciones distintas sobre la naturaleza, muchas de ellas más vitales que aquella defendida por la razón instrumental, la misma que podría ser corregida; en otras palabras, la naturaleza podría aparecer y tener presencia en expresiones múltiples y no solo en su valoración como mundo-máquina. La doble hermenéutica de la salud pública recomendada por Habermas daría campo, entonces, para el renacimiento de una naturaleza no objetualizada.

71. Habermas, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalidad social*. Madrid: Taurus; 1988.

La doble ruptura

Boaventura de Sousa Santos también recomienda una doble hermenéutica, pero muy diferente a la propone Habermas; él la nomina *doble ruptura*. El proyecto de modernidad, según este autor, propone dos formas de conocimiento, el *conocimiento-regulación* cuyo punto de ignorancia se designa por caos y cuyo punto de saber se designa por orden, y el *conocimiento-emancipación* cuyo punto de ignorancia se designa por colonialismo y cuyo punto de saber se designa por solidaridad. Lo característico de la modernidad avanzada es que el *conocimiento-regulación* ha dominado totalmente al *conocimiento-emancipación*. Por esta razón es que prima el colonialismo como eje de esta forma de conocimiento, con la consiguiente negación del otro, sea este sujeto social o sujeto natural. La alternativa actual consiste en encontrar la forma de fortalecer el conocimiento que conduzca a fortalecer la solidaridad. En esa medida, el autor recomienda tomar en cuenta las siguientes implicaciones:

- **Del monoculturalismo para el multiculturalismo.** El dominio global de la ciencia moderna como conocimiento-regulación llevó a la destrucción de muchas formas de conocimiento y muy especialmente de aquellas que eran propias de los pueblos que fueron objeto del colonialismo occidental; se produjo, de esta manera, *silencios* o *no-existencias* de las que hemos hablado anteriormente; “no olvidemos que sobre la capa de valores universales autorizados por la razón fue de hecho impuesta la razón de una ‘raza’, de un sexo, de una clase social”.⁷² Sousa Santos reconoce la urgencia de que esas *no-existencias* hablen

con un lenguaje propio y no usen el lenguaje hegemónico, ante lo cual propone elaborar una *sociología de las ausencias*. Un segundo problema del conocimiento multicultural es la *diferencia*. La multiplicación y diversificación de las experiencias disponibles y posibles levantan dos problemas complejos, el problema de la extrema fragmentación o atomización de lo real y el problema de la dificultad en atribuir un sentido para la transformación social, ante lo cual este pensador recomienda una *teoría de la traducción*,⁷³ como procedimiento que permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias, tanto entre las disponibles como las posibles, reveladas por la “sociología de las ausencias y la sociología de las emergencias”. Con lo cual, la *teoría de la traducción* se transforma en un soporte epistemológico para las prácticas emancipatorias, “todas ellas finitas e incompletas y, por eso, apenas sustentables cuando se hallan ligadas en red.”⁷⁴ La posibilidad de un mundo mejor no se halla en un futuro distante, más en la reinención del presente”.⁷⁵

- **Del peritaje heroico al conocimiento edificante.** La ciencia moderna sostiene que el conocimiento es válido independientemente de las condiciones que lo tornan posible. Es por esto que su aplicación no depende de ninguna cuestión que no sean aquellas que garantizan la operatividad técnica de su aplicación. Esta operatividad técnica es construida a través del ocultamiento del desequilibrio entre la acción técnica

y las consecuencias técnicas, a lo que el autor llama “falsa equivalencia de escalas”. Con lo cual la ciencia moderna desconoce la inmensa capacidad de actuar (accionar) y la inmensa incapacidad de prever las consecuencias de esa acción científica. “El desequilibrio y la falsa equivalencia de escalas tornan posible el heroísmo técnico del cientista; una vez descontextualizado el conocimiento es potencialmente absoluto”.⁷⁶ De lo que se trata en este momento es, producir “conocimientos prudentes para una vida decente”, para lo cual es indispensable que la nueva ciencia diferencie objetividad de neutralidad, donde la objetividad consiste en la aplicación honesta y rigurosa de los métodos que apoyen al cientista para asumir las consecuencias de su impacto.

- **De la acción conformista a la acción rebelde.** Las ciencias sociales modernas han gastado mucho tiempo en debates que han llegado a ser intrascendentes en este momento de notorio cambio en las concepciones y realidades ontológicas y epistemológicas. Hablo del debate relacionado con la estructura/acción y entre determinación/contingencia. De lo que se trata en este momento es de promover subjetividades rebeldes capaces de indignación por todos los ofrecimientos no cumplidos por la modernidad y la ciencia en crisis⁷⁷ y capaces de generar aspiraciones utópicas, esto es, la capacidad de formular problemas nuevos para los cuales no existen todavía soluciones.

A partir de estas implicaciones, Sousa Santos propone recurrir a una doble hermenéutica *de sospecha y recuperación*.⁷⁸ La *sospecha* permite una aproximación desconfiada y cuidadosa ante una ciencia que muestra claros indicios de crisis, mientras que la idea de *recuperación* apoya el uso de elementos rescatables de la ciencia convencional para construir una propuesta que supere sus limitaciones. Sousa Santos reconoce que la reflexión sobre la ciencia no puede escapar al círculo hermenéutico, es decir que no es posible comprender las partes sin entender el todo y viceversa; además, la reflexión hermenéutica es indispensable para “transformar la ciencia, de un objeto extraño, distante e inconmensurable en un objeto familiar y próximo”,⁷⁹ en otras palabras, pasar de una relación yo-cosa a una relación yo-tú.

El mencionado autor indica que desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad, la ciencia adquirió total hegemonía sobre el pensamiento occidental y pasó a ser reconocida por sus virtudes instrumentales, o sea, por su desarrollo en cuanto tecnología. A partir de ese momento la investigación de las causas dio paso a la importancia de las consecuencias. “La ciencia moderna acabará por transformar la naturaleza del problema epistemológico de un registro causal en un registro final... Así concebida, la reflexión se convierte en una epistemología pragmática o, tal vez mejor, en una pragmática epistemológica”. De esta forma, es posible sostener que en las actuales circunstancias, el objetivo existencial de la ciencia está fuera de ella. “Ese objetivo es democratizar y profundizar la sabiduría práctica, la *phronesis* aristotélica, el hábito de decidir bien”.⁸⁰

72. Santos, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente*. Op. cit., p. 30.

73. ---- *Conhecimento prudente para uma vida decente*. Op. cit., pp. 801-815.

74. ---- *A crítica da razão indolente*. Op. cit., p. 31

75. ---- *Conhecimento prudente para uma vida decente*. Op. cit., p. 814.

76. ---- *A crítica da razão indolente*. Op. cit., p. 35.

77. ---- *Um discurso sobre as ciências (4ª edição)*. São Paulo: Cortez Editora; 2006.

78. ---- *Introdução a uma ciência posmoderna. (3ra. edição)*. Rio de Janeiro: Graal, p. 11, 2000.

79. *Ibidem*, p. 13.

80. *Ibidem*, p. 29.

Al ser los principios generales del programa hermenéutico, *el hábito de decidir bien*, la *multiculturalidad*, la necesidad de que *las ausencias* y las *diferencias* se hagan presentes, se construya un *conocimiento edificante*, se alcance una proyección *rebelde*, Sousa Santos invierte la propuesta de Habermas consistente en comenzar por una hermenéutica 0, (o sentido común), para luego encontrar en la razón científica la posibilidad de validar, corregir, ampliar o profundizar dicho sentido común. Propone más bien, comenzar con Bachelard y su ruptura epistemológica con el sentido común para luego, en un segundo momento volver al primero para “recuperar todo el pensamiento que no se dejó pensar y que fue sobreviviendo en discursos vulgares, marginales, subculturales”.⁸¹

Siguiendo a Bachelard, Santos considera que la ciencia se opone a la opinión, al sentido común, al conocimiento vulgar, a la experiencia inmediata, ya que éstas son formas de conocimiento falso con el que es preciso romper para que se abra el camino hacia el conocimiento científico, racional y válido. Este trabajo es especialmente difícil por la cantidad de *obstáculos epistemológicos*, de allí que la teoría científica es construida *contra* el objeto.

Pero la ruptura epistemológica bachelardiana (según Santos) “interpreta con fidelidad el modelo de racionalidad que subyace al paradigma de la ciencia moderna”, es decir, dentro de un paradigma que se opone a las orientaciones para la vida práctica, donde prima la relación sujeto/objeto, antes que la relación yo/tú.

“una relación de distancia, extrañamiento mutuo y subordinación total del objeto al sujeto (un objeto sin creatividad ni responsabilidad); un paradigma que supone una única forma de conocimiento válido, el conocimiento científico cuya validez

reside en la objetividad producto de la separación entre teoría y práctica, entre ciencia y ética; un paradigma que tiende a reducir el universo de los observables, al universo de los cuantificables y al rigor matemático del conocimiento... un paradigma que se asienta en la distinción entre lo relevante y lo irrelevante y que se arroga el derecho de no reconocer nada de lo que no quiere o no puede conocer; un paradigma que avanza por la especialización del conocimiento con lo que genera una nueva simbiosis entre saber y poder, donde no caben los legos... un paradigma que se orienta por los principios de racionalidad formal o instrumental, irresponsabilizándose de la eventual irracionalidad sustantiva o final de las orientaciones o de las aplicaciones técnicas del conocimiento que produce...”⁸²

Ante los problemas y limitaciones causados por la ruptura bachelardiana, Santos no recomienda su abandono, sino la necesidad de un nuevo reencuentro de la ciencia con el sentido común: “una vez hecha la ruptura epistemológica, el acto epistemológico más importante es la ruptura con la ruptura epistemológica”.⁸³ Ahora bien, este reencuentro con el sentido común requiere una interpretación diferente a la que hace el etnocentrismo científico, ya que el sentido común puede supeditarse a una lectura *utópica y libertaria*, a través de la cual será posible descubrir su capacidad de hacer coincidir causa e intención, aportar una visión del mundo asentada en la acción y en la creatividad ya que

“el sentido común es práctico y pragmático; se reproduce ligado a las trayectorias y experiencias de vida... da confianza y seguridad... es transparente y evidente, es eximio para captar la profundidad horizontal de las relaciones conscientes en-

tre personas y entre personas y cosas... es indisciplinar y ametódico...”⁸⁴

Dejado a sí mismo, el sentido común (según Santos) es conservador y puede legitimar prepotencias, pero interpenetrado por la ciencia es capaz de dar origen a una nueva racionalidad: “una racionalidad hecha de racionalidades”. Que es lo que buscamos, tanto desde la salud pública como desde la organización de este Congreso, que procura una mayor presencia de la *racionalidad* de la materia y de la naturaleza en el diálogo científico. Para que esta configuración de conocimientos ocurra es necesario invertir la ruptura epistemológica. “En la ciencia moderna la ruptura epistemológica simboliza el salto cualitativo del sentido común para el conocimiento científico; en la ciencia posmoderna el salto más importante es el que es dado desde el conocimiento científico al conocimiento del sentido común”.⁸⁵ El conocimiento científico se realizaría en cuanto tal, en esta versión, en la medida en que se convirtiera en sentido común. “Solo así será una ciencia clara que cumple la sentencia de Wittgenstein ‘todo lo que se deja decir, se deja decir claramente’”.⁸⁶

Con la doble ruptura indicada anteriormente, se pretende lograr un “sentido común esclarecido y una ciencia prudente, o mejor, una nueva configuración del saber que se aproxima a la *phronesis* aristotélica, o sea, un saber práctico que da sentido y orientación a la existencia y cría el hábito de decidir bien”.⁸⁷ Esta doble ruptura intenta crear una configuración de conocimientos que siendo práctica no deje de ser esclarecida y siendo sabia no deje de estar democráticamente distribuida. Por otro lado, permitiría romper

la hegemonía de la ciencia moderna sin perder las expectativas que ésta genera. Sousa, en su segunda ruptura, propone una desconstrucción hermenéutica de la ciencia, pero que no es ingenua ni indiscriminada, sino que se orienta a garantizar la emancipación y la creatividad individual y social, que solamente puede realizar la ciencia, pero que en los actuales momentos no puede realizar por sí sola como ciencia.

Esta doble ruptura posibilita:⁸⁸

- Problematizar el sentido del mundo contemporáneo, ya que la epistemología solo permite problematizar la validez del mismo.
- Desconstruir los objetos teóricos construidos por la propia ciencia a través de la reflexión hermenéutica (segunda ruptura).
- Proponer una concepción pragmática sobre la ciencia, con lo cual se sostiene que la verdad del conocimiento científico, parte de la práctica científica en cuanto proceso intersubjetivo que tiene la eficacia de justificarse por las consecuencias teóricas y prácticas que produce en la comunidad científica y en la sociedad.

La doble ruptura en la salud pública

La Maestría de Salud Pública del Instituto Superior de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador generó, en el año 2000, una propuesta de investigación⁸⁹ a través de la cual se

81. *Ibidem*, p. 36.

82. *Ibidem*, p. 35.

83. *Ibidem*, p. 36.

84. Santos, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. Op. cit., pp. 88-92.

85. *Ibidem*, p. 90.

86. *Ibidem*, p. 91.

87. Santos, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência posmoderna*. Op. cit., p. 41.

88. *Ibidem*, pp. 147-150.

89. Granda, Edmundo; Puente, Eduardo; Mayorga, José; y Segovia, Rocío. *La doble ruptura en la salud pública*. Quito: Poligrafiados del Instituto Superior de Salud Pública; 2000.

Esquema N° 1

La doble ruptura en salud pública

METODOLOGÍA (1ª RUPTURA)	METÓDICA (2ª RUPTURA)
Delimitación del problema	Construcción de problemáticas (emociones, necesidades, intereses, intenciones, razones)
Marco teórico, conceptual	Marco significativo (sentido, ética, poder)
Hipótesis (responde a la lógica del pensar, razón instrumental)	Elaboración de la visión y de las pertinencias (responde a la lógica de la acción: razón comunicativa, lógica recursiva, lógica del poder).
Observación	Autoconocimiento y observación participativa
Análisis objetivo	Análisis estratégico construcción de actores
Comunicación científica	Proyecto Militancia técnico-política
Programa operativo (técnicas, organización, gestión y manejo de recursos)	Construcción de viabilidad Análisis táctico (organización, gestión, manejo de poderes)

proponía hacer una doble ruptura similar a la recomendada por Sousa Santos. En un primer momento, se intentaba elaborar un producto que respete aquella propuesta bacheleriana, mientras que en el segundo momento, el producto era desconstruido con miras a volver al sentido común. El esquema N° 1 apoya la comprensión de la propuesta.

En el Esquema 1 se observan dos columnas: la una hace referencia a la *metodología* y la otra a la *metódica*. El concepto metodología lo concebimos como un camino para producir conocimientos, los mismos que intentan ser *universales*, esto es, aplicables en otros contextos y en otros tiempos; *demostrables*, que se supedita a los cánones científicos y que permiten la validación y

supervivencia del conocimiento existente (producto de la *primera ruptura epistemológica*, en las palabras de Sousa Santos). La noción *metódica* hace relación al sentido común, a los conocimientos que emergen aquí y ahora en la acción y que están dados por las especiales circunstancias particulares de carácter social y cultural que acompañan a la *interpretación-cuidado y mediación* en salud pública. La *metodología* habla de los aspectos, productos o entes generales o universales que se encuentran en todo tiempo y lugar. La *metódica* habla de las acciones o procesos que siempre se deberá mirar, oír o registrar; no habla de productos o existentes, sino de acciones que deben ser registradas aquí y ahora y que pueden dar productos diversos. La generalidad de la metódica estaría dada por la universalidad

de la necesidad de ver, oír o registrar, más no por la universalidad de los resultados o cosas.

Como siempre, cuando investigamos, nos preguntamos por dónde comenzar: ¿por la metodología?, ¿por la metódica? En este caso y siguiendo la recomendación de Santos, comenzamos por la metodología para luego interpretar el sentido común y la vida individual y social en las que se desarrolla la salud pública para construir un *saber mutuo* con la gente con la que ejercemos nuestro trabajo. Este procedimiento no constituye únicamente una propuesta de carácter democrático y un acercamiento ético, sino que es un requerimiento científico inapelable para el intérprete-mediador en salud pública por varias razones:

- Las estructuras con que nos encontramos en salud pública han sido generadas por el accionar de la gente que construye esa propia estructura. En esa medida, lo más adecuado es interpretar lo que la gente intuye, piensa y cree.
- El obrar humano es siempre reflexivo, pero esa reflexividad no necesariamente está constituida por una racionalidad o conciencia discursiva, sino que la mayor parte de las veces el accionar humano está guiado por una racionalidad o conciencia práctica, que aflora en mejor forma cuando el investigador hace una inmersión en la realidad con miras a generar con los actores un saber mutuo.
- El accionar humano no siempre está guiado por intenciones claramente establecidas, sino que muchas de las acciones tienen causas no conocidas y producen resultados no previstos. En esa medida, la mejor forma de acumular conocimiento previsivo es a través del accionar conjunto y reflexivo de todos o la mayor parte de los actores, toda vez que la salud pública trata de activar la solidaridad, como instrumento fundamental para alcanzar niveles más altos de salud.

El Esquema 1 intentaría reunir en una sola aproximación la acción y el conocimiento bajo aquel planteamiento de Maturana que “todo hacer es conocer” y viceversa. Es por esto que su deambular no termina en la comunicación científica, sino que intenta abordar la producción de acciones en cuanto proyecto con su viabilidad y factibilidad. Intenta, por otro lado, interpretar el conocimiento como producto del vivir y al objeto del conocimiento lo concibe siempre como sujeto productor del mundo que se intenta interpretar y explicar, es decir, coautor tanto de la interpretación que hace el salubrista como de la mediación que intenta cumplir.

En salud pública, entre otras cosas, se intenta interpretar las necesidades de la gente y apoyar la construcción de poderes para el cambio requerido. Por esta razón tenemos que recurrir a lo que llamamos *metódica*, que nos apoyaría la interpretación de las problemáticas, los marcos significativos, las pertinencias, la conformación de los poderes, etc., que son productos eminentemente sociales.

Es posible sostener que no requerimos comprender los aspectos ubicados en el ámbito de la *metódica*, pero aquéllo nos daría una imagen bastante simple y unilateral de la realidad, ya que estaríamos aceptando que con solo entender el mundo de las estructuras (normas y recursos) es posible apoyar los cambios requeridos, sin tomar en consideración el mundo de las acciones humanas que generan dichas estructuras. En salud pública requerimos interpretar las acciones que generan las estructuras, que a su vez posibilitan o limitan su desarrollo. Por esto no solamente requerimos explicar las estructuras, sino también debemos interpretar las acciones.

También podría afirmarse que no se requiere explicar la realidad estructural. Pero el mundo del sentido común se da en un mundo estructurado, no se da en el vacío. Si no consideramos el mundo objetivo, podríamos caer en un voluntarismo-individualista puesto que centraríamos

todo nuestro interés en *el dándose*,⁹⁰ y ninguno en el mundo de *lo dado*. En otras palabras, “las estructuras son constituidas por la acción y recíprocamente la acción es construida estructuralmente”.⁹¹

También podría generarse otra pregunta: ¿no estamos confundiendo método de investigación con método de acción? Recordemos lo que Maturana nos propone “todo hacer es conocer y todo conocer es hacer”. Si aceptamos esa propuesta, tenemos que tratar de implementar un método que posibilite hacer mientras se conoce y eso es lo que se intentaría cumplir desde el primer momento con la *metódica*. La gente, sujeto de nuestra preocupación, tendría la capacidad de *lenguajear*: esto es, proponer a través de coordinaciones conductuales (actos de habla o de cualquier otro lenguaje), otras coordinaciones conductuales, y al hacerlo, expresaría sus intereses, sus eticidades, etc. Estaríamos corrigiendo al *cogito* cartesiano “pienso, luego existo” (que en realidad es “pienso para luego intervenir sobre el objeto naturaleza u objeto ser humano para hacerlos míos”), ya que con esta propuesta alternativa no estaríamos únicamente pensando, sino que también estaríamos accionando y, por lo tanto, existiendo con los otros, con miras a aprender en cuanto cambio de las formas de convivencia con el mundo de las cosas y con el mundo de la gente. Aprenderíamos, por otro lado, sobre el accionar de la gente que posibilita y posibilita la existencia de esa estructura con que nos topamos. El conocer nos lleva nuevamente al hacer.

Lo anterior también está de acuerdo con las ideas metodológicas de Maturana. Para este último, la explicación científica constituye “la proposición de un mecanismo ad hoc que genera el

fenómeno explicado como el fenómeno por ser presenciado por el observador en su praxis de vivir”.⁹²

Con el fin de ejemplificar el proceso, se procede a desconstruir tres momentos de la primera ruptura epistemológica del proceso de investigación: la delimitación de problemas, el marco teórico y las hipótesis.

Problematización

Las digresiones anteriores nos permitirían volver sobre la primera fase de la investigación científica o delimitación del problema y reflexionar sobre lo siguiente.

Los problemas delimitados en la primera ruptura epistemológica tienen seguramente suficiente coherencia lógica y describen en buena forma el mundo de lo dado, pero más allá de la lógica formal y la teoría, es necesario reflexionar sobre aspectos que más tarde pueden, desde la población investigada, tener importantes repercusiones en el conocimiento y la acción.

- Necesidades que no afloran actualmente pero que estarían guardadas en los recuerdos de la gente y que se aparecerían en el tapete de discusión transformadas en reivindicaciones.
- Intenciones individuales.
- Intereses grupales y colectivos.
- Razones diferentes a las razones occidentales (lógica medio-fin), tales como la razón comunicativa.

O por las propias limitaciones y potencialidades de la praxis del vivir, en la constitución de la

realidad y de la verdad, es importante reflexionar sobre nuestras competencias para observar, razón por la que podría convenir indagar lo siguiente.

- ¿El problema-objeto de estudio del producto de la primera ruptura epistemológica toma en cuenta las necesidades, intenciones, intereses, razones de la gente que actúa alrededor del objeto problema, de mis compañeros de acción, de la población relacionada, de los actores que más relación tienen o tendrán con la transformación del objeto problema?
- ¿El problema hace una reflexión sobre las potencialidades y limitaciones del intérprete científico en cuanto observador: ver, escuchar, emocionar, lenguajear?

Marco significativo

Esta fase tendría, como uno de los ejes ordenadores del proceso, el retorno reflexivo al marco teórico. La idea que guiaría este retorno es que el marco teórico en muchas ocasiones no posibilita la visualización de muchos aspectos necesarios para la acción en salud pública, debiendo ser complementado por un marco significativo. Esta idea tendría algunos elementos de sustento a ser debatidas.

- Las causas parecen no dar cuenta total del evento porque en salud pública lidiamos fundamentalmente con acontecimientos.
- El acontecer es producto del ayer (causas) y es propia emergencia del hoy. Recorde-

mos que el pensamiento positivista esteriliza el hoy, esto es, las emergencias.

- El ayer (causas) puede ser explicado por teorías, mientras que al hoy es posible interpretarlo con el apoyo de un marco significativo.
- El marco significativo en salud pública intentaría interpretar el mundo de sentido, ética y poder prevaleciente en el ámbito de acción que influye directa o indirectamente sobre las decisiones de los que allí laboran. Este marco significativo no sería el marco contextual generalísimo propuesto por el deber ser racional instrumental, sino que trataría de construir una interpretación del “encuadre cultural para la acción” en el espacio donde se lleva a cabo la investigación.

Algunas preguntas que podrían ordenar este retorno serían las siguientes:

- ¿El marco teórico utilizado en la primera ruptura toma en cuenta el sentido, la ética, el poder?
- ¿Cómo interpretarlos (método)?

Pertinencias

Partiríamos de la idea de que las hipótesis logradas en la primera ruptura tratan, por lo general, de contestar una pregunta sobre un objeto-problema inerte, producto total de las causas y del pasado.⁹³ Pero debemos reconocer que la problemática en salud pública se presenta como un proceso que *está dándose* aquí y ahora. En efecto, como hemos dicho, la problemática en salud

90. Zemelman, Hugo. *Los horizontes de la razón*. Tomo 1. México: Anthropos; 1992.

91. Giddens, Anthony. *New Rules of Sociological Method*. Ibídem, p. 193.

92. Maturana, Humberto. *La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos del conocimiento*. Barcelona: Anthropos; 1997.

93. “Esto es así porque la lógica clásica se caracteriza por la noción de ‘conjunto’ concebido como una reunión de elementos. El proceso de inferencia lógica fue determinado en sus dos direcciones posibles (deducción e inducción) dentro de los marcos de esta relación ‘conjuntista’ entre los elementos y el todo. Estas relaciones son de ‘partes extra partes’; lo cual quiere decir: relaciones de pura exterioridad. Que las relaciones entre los elementos del conjunto son de pura exterioridad quiere, a su vez, decir que éstas integran un conjunto por una decisión arbitraria (libre) del sujeto investigador, y no por actividad misma de los elementos”. Tomado de CORISCO. *Sete questões para uma epidemiologia crítica*. Salvador de Bahía: documentos del Instituto de Medicina Social.

pública vive como producto del ayer, pero también como emergencia del hoy y como deseo del mañana; Hermida Serra y colaboradores hablan de un *mundo futurible* y un *mundo futurible*.⁹⁴ Al presentarse la problemática de la salud pública con ese carácter tan complejo, la hipótesis tradicional solamente alcanza a dar una respuesta parcial a la pregunta formulada en la delimitación del problema, problemática, marco teórico y significativo.⁹⁵

La pertinencia intentaría contestar la pregunta forjada en la problemática en cuanto utilidad (lógica medio-fin) y en cuanto autopoiesis (lógica recursiva). La pertinencia no sale desde el ayer buscando la determinación sobre el evento, sino desde el mañana criticando al evento para interpretarlo como acontecimiento. La pertinencia se mueve, entonces, muy diferentemente en el tiempo: va del futuro al presente. Busca lo futurible en cuanto apoderamiento del futuro (lógica medio-fin, base del interés), pero también busca el futuro en cuanto autorrealización (lógica recursiva, base de la ética y de la estética).

La pertinencia también se mueve guiada por la teoría de la acción. No pregunta por la verdad (teorías, causas, etc.) sino que inquiere sobre las

posibilidades prácticas, las voluntades, los arreglos de fuerzas buenas que ayuden a hacer. La pertinencia imbrica el espacio, el tiempo y la acción humana transformándola en *presencia*.

Si se va a trabajar sobre pertinencias, debe haber una propuesta sobre el accionar del mañana en cuanto visión que propone el salubrista. En otras palabras, la investigación que este momento se halla indagando sobre el aquí y ahora y sobre las causas del por qué está así el problema, debe construir una metáfora, visión o propuesta sobre lo que se desearía que sea la acción, con miras a establecer las fuerzas que aceptan y oponen a dicha propuesta. Al hacer esto, se podría corregir las hipótesis, ya que éstas no solo darían una respuesta sobre las posibles causas del problema como un producto del ayer, sino que también intentarían prever las posibles fuerzas que ayudarían a la aparición de emergencias frente a la visión o metáfora que propone el salubrista.

El carácter activo y reflexivo de la conducta humana y la no aceptación a mirar y concebir a los seres humanos como un producto de fuerzas que ellos no comprenden ni controlan, nos llevaría a la necesidad de corregir las hipótesis positivis-

tas. A diferencia de lo que ocurre con la ciencia positiva, el salubrista tiene una obligación científica (y no solo moral o cívica) de construir sus hipótesis tomando en consideración lo que los actores legos hacen porque a través de ese hacer se constituye el mundo social y si disponen de “un saber práctico que da sentido y orientación a la existencia y crea el hábito de decidir bien”, pueden cooperar en mejor forma para la construcción de un mundo más democrático.

Las hipótesis logradas en la primera ruptura parten de teorías y leyes que no son suficientemente válidas en el mundo de la salud pública, porque éstas obedecen a necesidades explicativas formuladas en condiciones externas a la acción social. Esas teorías, por lo general, son logradas en condiciones de “laboratorio” y sirven solamente cuando se vive dentro de ese laboratorio, pero en la práctica concreta, la realidad social es generada, como se ha mencionado anteriormente, por el accionar de la gente que allí labora habilitada y constreñida por la estructura en la que acciona.

Hasta este momento tendríamos un problema enriquecido por las problemáticas, un marco teórico enriquecido por marcos significativos, hipótesis temperadas, ampliadas o reducidas por las visiones y pertinencias.

Es importante que reflexionemos sobre el producto que intentamos lograr en esta fase: tendríamos hipótesis-pertinentes o pertinencias-hipotéticas, es decir no serían hipótesis que únicamente explican el fenómeno, sino que intentan interpretar y explicar las potencialidades de que cambie la situación escogida.

Si estamos de acuerdo con la idea anterior, la hipótesis tendría pertinencia en la medida en que

ayude a alcanzar un logro práctico⁹⁶ en el presente y futuro. Ese logro práctico estaría nuevamente radicado en una proyección ética, científica y cultural de nuestro compromiso.

Lo anterior facilitaría la reflexión alrededor de las siguientes preguntas:

- ¿Las hipótesis toman en consideración las pertinencias?
- ¿Es posible establecer grupos homogéneos de pertinencias a través de la *teoría de la traducción* de Sousa Santos?
- ¿Qué pertinencias tendrán más prioridad en el proceso de investigación?
- ¿Por qué se privilegia unas y no otras (lo ético)?
- Si se toma en cuenta las pertinencias, ¿hasta qué punto van contra las hipótesis iniciales y su validez epistémica (verdad)?
- Si las hipótesis y las pertinencias más poderosas son contradictorias, ¿cuál es la decisión?

La desconstrucción hermenéutica de los tres momentos investigativos: delimitación del problema, marco teórico e hipótesis posibilita criticar algunas de las lógicas productoras de *ausencias* de las que habíamos hablado anteriormente: Así, la *monocultura del saber y del rigor del saber* gana multiculturalidad, en la medida en que la metodología es corregida por la metódica. Igual aseveración podemos hacer con la *monocultura del tiempo lineal* que es criticada ante la posibilidad de que saberes supuestamente atrasados entren, en la segunda ruptura, a confrontar con el saber supuestamente superior logrado a través de la primera ruptura. La *lógica de la escala dominante* pierde fuerza ante la posibilidad de que saberes particulares tengan presencia y puedan dirimir las acciones.

94. Ermida, Jorge; Serra, Roberto y Kastika Eduardo. *Administración y estrategia*. Buenos Aires: Ediciones Machi; 1992.

95. Es importante reflexionar sobre la problemática del *tiempo* en la interpretación-mediación en salud pública. En la investigación positivista, el investigador parte desde el evento o efecto (parte desde el presente) averiguando sobre sus causas que se hallan ubicadas en el pasado. En otros términos, el investigador en ciencias “naturales” va del *presente* hacia el *pasado*. Conociendo las causas, el investigador está en capacidad de predecir lo que ocurrirá en el futuro. Para hacer esta predicción, el investigador acepta: a) que el pasado es igual al futuro; b) que el presente (evento) está totalmente determinado por el pasado (causas); c) que el presente no existe como un elemento de interés para la predicción; d) los procesos son considerados como eternos.

La interpretación-mediación en salud pública, al estar comprometida con la acción y el cambio, requiere un tratamiento distinto de la variable *tiempo*. En efecto, el salubrista requiere explicar las causas (que se sitúan en el *pasado*), pero también precisa comprender o interpretar el mundo de la vida (poderes, veracidades, eticidades, sentido) de los actores inmersos en la acción gerencial, lo cual se desarrolla en el *presente* y, además, requiere prever el *futuro* como posibilidad de compromiso y oposición por parte de esos actores. Lo anterior amplía el horizonte de visibilidad y de tratamiento del tiempo: el salubrista debe tratar con el pasado, el presente y el futuro. El espacio y el tiempo se imbrican con la acción humana, transformándose en *presencia*, conforme nos recomienda Heidegger.

96. El logro práctico debe interpretárselo como un logro de los actores, de la institución y de los resultados de los procesos donde mediamos. El compromiso de la investigación en salud pública es un compromiso de lograr: a) la autopoiesis de la gente que participa en la mediación y de la población; b) de los fines institucionales (estructura) y c) del proceso y resultados de la acción.

La hermenéutica deconstructiva, cumplida con los tres momentos indicados, nos permite, por otro lado, aproximarnos a lo que Boaventura de Sousa Santos llama *aplicación edificante* del conocimiento producido, que se caracteriza porque:

- La aplicación se lleva a cabo en una situación concreta y quien aplica está existencial, ética y socialmente comprometido con el impacto de la aplicación.
- Los medios y los fines no están preestablecidos, y la aplicación incide sobre ambos; los fines solo se concretizan en la medida en que se discuten los medios adecuados a la situación concreta.
- La aplicación es un proceso argumentativo.
- El cientista debe involucrarse en la lucha por el equilibrio de poder en los varios contextos de aplicación y, por eso, deberá tomar partido por aquellos que menos poder tienen.
- El *know-how* técnico es imprescindible, mas el sentido de su uso es conferido por el *know-how* ético, que como tal tiene prioridad en la argumentación.
- Los límites y deficiencias de los saberes locales nunca justifican la recusa de éstos, porque aquello significa el desarme argumentativo y social de quienes son competentes en esos saberes.
- La ciencia que se pauta por la aplicación edificante no interesa que la transformación sea moderada o radical, reformista o revolucionaria; interesa que ella ocurra por la ampliación de la comunicación y de la argumentación.⁹⁷

4. A manera de conclusión

Los organizadores del V Congreso de Salud Pública nos habían propuesto reflexionar sobre “el saber en esta área en un ámbito de pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”. Como hemos mencionado anteriormente, la salud pública se constituyó como una disciplina que propuso una lectura de la realidad desde la razón instrumental y en esa medida concibió la naturaleza como un mundo-máquina, “la naturaleza es tan solo extensión y movimiento; es pasiva, eterna y reversible”.⁹⁸ Razón por la cual, la naturaleza fue transformada en posible recurso o peligro y fue sujeta a los designios del sujeto investigador.

Las ciencias naturales contemporáneas nos dicen que el futuro no es igual al pasado, que existe un devenir real y no solo aparente, que las macromoléculas son actrices y productos de su historia, que los sistemas físicos en actividad, cuando se encuentran lejanos al equilibrio, pueden constituir formas evolutivas irreversibles y cualitativamente diferentes, que existe sensibilidad, inestabilidad y bifurcación en la materia inanimada, que los atractores caóticos posibilitan la generación de innumerables trayectorias. En resumen, las ciencias naturales actuales nos indican que la materia y la naturaleza tienen historia y que la autoorganización y autoproducción son características generales para los cuerpos sociales, naturales y físicos. Nos instruyen, entonces, que la potencialidad del ser humano de ordenar el mundo a su arbitrio es una idea que pertenece a la noche científica que produjo tanto desarrollo y tanto daño. También nos aconsejan repensar sobre aquella división tajante entre ciencias naturales y sociales.

La salud pública, en los momentos actuales, tiene que ofrecer respuestas diferentes a las que tradicionalmente ha organizado. No puede se-

guir interpretando la población y la naturaleza como objetos, sino que tiene necesariamente que comprenderlos como sujetos y proponer nuevas formas de diálogo. El saber en salud pública requiere cambiar, desde un conocimiento comandado por la razón indolente o tecnológica hacia un diálogo multicultural que reconoce las potencialidades de otros saberes. Debe, por otro lado, comprender que la acción científica tiene necesariamente que responsabilizarse por las consecuencias que dicha intervención produce.

La salud pública como disciplina, a más de encontrar nuevos derroteros filosóficos, tiene que encontrar métodos posibles que den cuenta de las necesidades establecidas en este proceso de transición paradigmática que parece que vivimos. En ese sentido, la necesidad de una doble hermenéutica o una doble ruptura epistemológica en la aproximación a la realidad en salud parecen ser interesantes instrumentos de reflexión y acción. Estas nuevas propuestas para organizar el proceso de conocimiento nos abren las puertas para dar paso a *ecologías de saberes* que posibiliten escuchar *silencios* o visualizar *no existencias* producidos por la ciencia hegemónica.

Ahora bien, el reto de criticar, conservar y superar la salud pública convencional no solo radica en la potencialidad de cambiar las formas de conocer sino, al mismo tiempo, en cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico hacia el compromiso por alcanzar *logro práctico*, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* la vida natural y social como requisito indispensable para alcanzar la salud. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruplo movimiento que nos recomienda Testa de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación, comprendiendo, además, que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales se

constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico que traen las ciencias de la salud, y al hacerlo, ejercen su poder y derecho en cuanto ciudadanía.

A más de preocuparse por reconceptualizar y cambiar la interacción interventora técnico-normativa en el campo de la *enfermología pública*, la salud pública alternativa tiene que necesariamente establecer una proyección y relación distinta con las políticas, estructuras e instituciones existentes en el campo con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad, al mismo tiempo que registra diversas lecturas. Ahora bien, esto no puede ser alcanzado a través de versiones interventoras de viejo o nuevo cuño, sino a través de la construcción de públicos que protegen y desarrollan sus instituciones y su ambiente natural, controlan el cumplimiento de las obligaciones estatales en salud y tejen redes de apoyo mutuo internacionales, oponiendo en cuanto *resistencias globalizadas*, las viejas y nuevas formas de dominación.

El intento de emigrar desde la *enfermología pública* hacia una propuesta alternativa en salud pública es, sin lugar a dudas, un proceso difícil. En el ámbito disciplinario, la imbricación de la planificación y la gestión con la epidemiología y la ecología constituye posiblemente el problema metodológico más complejo, sobre el que ya brillan algunas luces a través de las propuestas de síntesis producidas en el área. El diálogo entre las ciencias de la salud dominadas por el discurso médico y de la enfermedad y el discurso de las ciencias sociales ha avanzado, pero debe seguir adelante superando los múltiples problemas existentes y, sobre todo, debe encontrar caminos para que el retorno al sentido común sea una práctica obligatoria. La ampliación y complejización del campo asusta a muchos y

97. Santos, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência posmoderna*. Op. cit., p. 158-161.

98. *Ibidem*, p. 25.

causa reacción negativa de otros, en la medida que en que provenimos de un área tradicional de la salud pública donde la repetición de más de lo mismo constituye, por lo general, la norma. La formación de recursos humanos en este ámbito interdisciplinario choca contra la forma utilitarista y tecnicista de la educación tradicional.

En resumen, considero que la posibilidad de construir una presencia diferente y comprometida por parte de la salud pública en este momento de “pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico” parece no radicar en escoger un camino que la lleve hacia una supuesta *verdad*; es por esto que, al intentar caminar como *práctica social/disciplina/función estatal*, es fundamental que reconozca que:

- a) Los saberes y las prácticas deben relacionarse con la vida en su complejidad, diversidad y eterna temporalidad.
- b) Sus teorías, métodos y técnicas vendrán de diversas disciplinas (epidemiología, gestión, ciencias sociales, ecología).
- c) El sentido común esclarecido junto con una ciencia prudente serán los que posibiliten una “nueva configuración del saber que se aproxima a la ‘phronesis’ aristotélica, o sea, un saber práctico que da sentido y orientación a la existencia y crea el hábito de decidir bien”.⁹⁹
- d) Su accionar no es ni podrá ser únicamente estatal, sino muy ligado al mundo de la vida individual y colectiva con miras siempre a forjar públicos o identidades por la salud que guíen y ejerzan control social sobre su salud, sobre las estructuras y sobre el Estado para el cumplimiento de sus deberes en este campo.

99. Santos, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Op. cit., p. 41.

Currículum vitae

Currículum vitae

Dr. Edmundo Granda Ugalde

TITULO: Médico-Cirujano, Master en Medicina Social (Cd), Planificador en Salud.
FECHA DE NACIMIENTO: 27 de julio de 1946.
LUGAR DE NACIMIENTO: Cuenca, Ecuador.
NACIONALIDAD: ecuatoriana.

EDUCACIÓN

1965-1972 Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Cuenca, Doctor en Medicina y Cirugía.
 1973-1975 Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil.
 1977 Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos de América, Diploma en Planificación en Salud.

EXPERIENCIA EN SERVICIOS

1972 Director del Centro de Salud de Alamor, Ecuador.
 1975-1979 Director de la División de Recursos Humanos e Investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
 1994 Consultor en Recursos Humanos en la Oficina Central de la OPS/OMS en Washington cumpliendo, entre otras actividades, con aspectos de asesoría en Educación Permanente en Servicios de Salud en diversos países de América Latina (junio-diciembre).
 1995-1996 Acuerdo de Servicios Contractuales en la Representación de OPS/OMS en el Ecuador en el área de Recursos Humanos en Salud.

- 1997-1998 Coordinador encargado de la Unidad de Salud en el Desarrollo Humano y Desarrollo de los Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS/OMS en el Ecuador.
- 1996-2007 Profesional nacional a cargo de Recursos Humanos, Investigación y Bioética en la representación de la OPS/OMS-Ecuador.
- 1976-2007 Asesoría en diversos ámbitos de la salud pública a Ministerios de Salud Pública de Ecuador, Bolivia, Venezuela y Brasil.

EXPERIENCIA EN ASESORÍA

Asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAES), Centro Internacional para la Investigación y Desarrollo (CIID-Canadá) en más de una decena de países de América en campos relacionados con gestión, investigación, epidemiología, ciencias sociales en salud, planificación y educación en salud.

EXPERIENCIA DOCENTE Y EN PLANIFICACIÓN EDUCACIONAL

- 1969 -1972 Coordinador del Programa de Medicina Comunitaria de la Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- 1973 -1974 Profesor de Sociología Médica, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- 1975 -1991 Profesor de Administración de Salud, Metodología de la Investigación Científica, Epidemiología y Ciencias Sociales en Salud, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
- 1980 -1986 Coordinador del Curso de Posgrado en Investigación y Administración de Salud, Escuela de Graduados, Universidad Central del Ecuador.
- 1987 -1990 Director del Curso de Posgrado en Investigación y Administración de Salud, Escuela de Graduados, Universidad Central del Ecuador.
- 1990-1994 Director de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
- 1980 -2006 Docente de Administración, Metodología de la Investigación, Epidemiología y Ciencias Sociales y Salud, Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador.

- 1996 -2006 Docente de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja.
- 1973 -2006 Docente invitado en Investigación, Epidemiología, Ciencias Sociales en Salud, Planificación y Administración en Salud en Cursos de Posgrados de las distintas universidades del Ecuador.
- 1975 -2007 Participación en la planificación de las Maestrías en Salud Pública o Medicina Social de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. Maestría de MEDICINA Social, Universidad de Xochimilco, México. INCAP, Guatemala. Facultad de Enfermería y Facultad de Salud Pública, Universidad de Medellín. Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia. Universidad de Costa Rica. Universidad de Bahía, Brasil. Universidad de Barquisimeto y Universidad de Carrabobo-Corposalud, Aragua, Escuela de Malariología, Venezuela. Centro de Salud Pública, Universidad Cayetano Heredia, Perú.
- 1976 -2007 Docente en Investigación, Epidemiología, Planificación en Salud, Ciencias Sociales y Salud en Maestrías de Salud Pública, Medicina Social u Odontología Social de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, México, Colombia, Venezuela, Brasil, Perú, Bolivia, Cuba y República Dominicana.

EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN

- 1979 -1990 Co-Director e investigador del Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito-Ecuador.
- 1975 -2006 Participación como director, investigador principal o asociado en más de cincuenta proyectos de investigación sobre epidemiología de la mortalidad materna, mortalidad infantil, salud de la mujer, salud del trabajador, distribución de la salud-enfermedad. Estudios evaluativos de servicios y acciones de salud, nuevas propuestas administrativas. Estudios sobre epistemología y teoría en salud. Estudios sobre Ciencias Sociales en Salud en el Ecuador y en países de América Latina.

PUBLICACIONES

Libros

- Breilh, J. y Granda, E. *Investigación de la Salud en la Sociedad*.

Ediciones: 1ra. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, 1980.
2da. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, 1982.
3ra. Ministerio de Salud Pública de Bolivia, La Paz, 1984.
4ta. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, 1988.

- Granda, E. y otros. *Ciudad y Muerte Infantil*.
Ediciones: 1ra. Centro de Estudio y Asesoría en Salud, Quito, 1983.
2da. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, 1986.
- Robles, D., Granda, E. y otros. *Metodología de la Investigación en Salud*, Santo Domingo, Universidad Autónoma, 1982. (Editor Diómedes Robles).
- San Marín, H. Granda, E. y otros. *Salud, Sociedad y Enfermedad*, Editorial Ciencia 3, Madrid, 1986. (Editor Hernán San Martín).
- Granda, E. y otros. *La Crisis, la Mujer y el Aborto*, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1983. (Premio Nacional de Investigación “Eugenio Espejo” concedido por el Consejo Nacional de Salud del Ecuador).
- Granda, E. y Breilh, J. *Saúde e Sociedade*.
Ediciones: 1ra. ABRASCO, Brasil, 1986.
2da. ABRASCO, Brasil, 1988.
- Granda, E. y otros. *Reproducción Social y Salud*, Editorial Universidad de Guadalajara, 1993.
- Granda, E. y otros. *Deterioro de la Vida*, Corporación Editora Nacional, Quito, 1991.
- Granda, E. y otros. *El Sistema de Suministros de Medicamentos en el Ecuador*, MSP-Ecuador-OPS, 1991.
- Granda, E. y otros. *Salud Pública: Ciencia, Política y Acción*, ESP-Ecuador-OPS, 1993.
- Ferreira, J., Granda, E. y otros. “Salud Pública: Hacia un Espacio Potencial”. En: *La Crisis de la Salud Pública*, OPS, Washington D.C.1992.
- Granda, E. “Salud Pública en la encrucijada”. En: *Memorias de la I Reunión Andina de Salud Pública*, Quito, 1993.
- Granda, E. y Grupo de desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública. “Salud Pública: Hacia la Ampliación de la Razón”. En: *La Salud al Final del Milenio*, Universidad de Guadalajara, 1995.
- Urrego, J. y Granda, E. “Vigilancia Epidemiológica. Espacio, Sujeto y Acción”. En: *Memorias del VIII Congreso Mundial y VI Congreso Latinoamericano de Medicina y Social*, Guadalajara, marzo de 1994.
- Granda, E. y Grupo de desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública. “El Sujeto y la Acción en la Salud Pública”. En: *Educación Médica y Salud*, 29 (1) enero-marzo, Washington, 1995.
- Granda, E. “Salud Pública: Las nuevas demandas”. En: *Memorias del International Forum of Social Sciences in Health*, Caracas, febrero 1994.
- Granda, E. “Crisis, Políticas de Ajuste e Impacto en la Situación Salud”. En: *Memorias del Foro “Salud y Desarrollo”, Comisión Especial de Salud y Saneamiento Ambiental del H. Congreso Nacional del Ecuador*, Quito, septiembre de 1993.
- Granda, E. “El futuro de la salud pública”. En: *Anales de Universidad de Cuenca*, 35 (1), 1996.
- Granda, E. “Algunas reflexiones sobre la Reforma Sectorial en Salud en el Ecuador: Una versión”. En: *Salud Pública: Reflexiones y Experiencias No.1*, Quito, agosto de 1996.
- Granda, E. “El cólera en Guayaquil: Algunas reflexiones”, Fundación CIUDAD, Quito, en prensa.
- Granda, E. “Sujeto, Ética y Salud”. En: *Salud Pública: Reflexiones y Experiencias No.3*, Quito, marzo de 1997.
- Granda, E. “Medicina Tradicional, Sistemas de Salud no Formales y Reformas de Servicios de Atención Médica”, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 1997.
- Granda, E. “Investigación y Salud Pública, una Mirada hacia el Futuro”. En: *Salud Pública: Reflexiones y Experiencia No. 5*, Quito, marzo de 1998.
- Granda, E. “Lineamientos para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el marco de reforma del sector”, *Revista del Instituto Juan César García*, (8) 1-2: 51-50, Quito, enero-diciembre de 1998.

Artículos

Artículos publicados los últimos años:

- Granda, E. “La Contextualización y Concretización de la Realidad en Salud Colectiva”, Universidad de Medellín, 1992.
- Granda, E. “Avances en la investigación en salud colectiva”. En: *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, Universidad Central de Venezuela, ALAMES, Caracas, 1992.
- Granda, E. “Epidemiología: tiempo y acción”. En: *Memorias de la XIV Conferencia de ALAFEM*, Quito, 1993.
- Granda, E. “Tendencias de la Educación en Salud Pública. En: *Memorias del Congreso Andino sobre Educación Médica*, Cartagena, 1993.

- Granda, E. "Globalización y Reforma Sanitaria: Realidad o Misticismo", *Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y Desarrollo de Áreas de Salud*, 2:24-30, Quito, diciembre de 1998.
- Granda, E. "Salud Pública e Identidad", *Memorias del Foro Modelos de Desarrollo, Espacio Urbano y Salud*, Bogotá 29 y 30 de abril, 1999.
- Granda, E. "La formación de Redes en Salud", *Correo Poblacional y de la Salud*, (7) 2:24-32, Quito, agosto de 1999.
- Granda, E. "La formación de Salubristas". En: *La Salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI*, Universidad de Antioquia, 2000
- Granda, E. "La Salud Pública y las Metáforas sobre la Vida", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (18) 2, Medellín, enero-junio de 2001.
- Granda, E. "Salud: globalización de la vida y de la solidaridad", *Saúde en Debate*, 24 (56):83-101, Río de Janeiro, septiembre-diciembre de 2000.
- Granda, E. y otros. "La Formación en Salud Pública en el Ecuador", En: *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí*, Cuenca, OPS/OMS, 2002.
- Velasco, M. y Granda, E. "La Distribución de los Recursos Humanos en Salud en el Ecuador" En *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí*, Cuenca, OPS/OMS, 2002.
- Hermida, C. y Granda, E. "Aparición y Presencia de la Medicina Social en Ecuador". En: *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí*, Cuenca, OPS/OMS, 2002.
- Márquez, M., Granda, E. y otros. "Presencia Ecuatoriana en la OPS/OMS". En: *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí*, Cuenca, OPS/OMS, 2002.
- Victoria, D., Granda, E. y otros. "Visión a futuro de la OPS/OMS en el Ecuador". En: *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí*, Cuenca, OPS/OMS, 2002.
- Granda, E. "¿A qué llamamos salud colectiva hoy?", *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (82): 148-159, La Habana, abril-junio de 2004.
- Granda, E. "¿O que chamamos de Saúde Coletiva Atualmente?", *Revista de Direito Sanitário*, 5(2): 43-63, Sao Paulo, julio de 2004.
- Granda, E. "Globalización de los Riesgos en Salud", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (número especial): 112-129, Medellín, marzo de 2006.
- Granda, E. "¿Quo Vadis Salud Pública?", *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, (1) 1:7-20, Quito, noviembre de 2005.

Edición de libros

- OPS/OMS. *Reforma del Sector Salud en el Área Andina*, Quito, IMPRESA, 1996, Editor: Edmundo Granda, Fausto Andrade, Fabiola Estrella, Francisco Vallejo.
- OPS-CEPAR. *Salud Pública: Educación y Reforma*, Quito, Editorial CEPAR, 1999, Editor: Edmundo Granda y Rubén Páez.
- OPS/OMS. *Observatorio de los Recursos Humanos de Salud*, Quito, Editorial A.H., 2000, Editor. Pedro Brito y Edmundo Granda.
- OPS/OMS. *Relaciones Laborales en el Sector Salud*, Quito, Editorial A.H., 2000, Editor: Pedro Brito y Edmundo Granda.
- OPS/OMS. *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí: La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX*, Cuenca, Monsalve Moreno Cia. Ltda. 2002, Editor: Rodrigo Fierro, César Hermida, Edmundo Granda, Héctor Jarrín, Raúl López.
- Ministerio de Salud Pública, Universidad Nacional de Loja, Seguro Social Campesino, *Proyecto Desarrollo Espacios Saludables de Loja*, OPS/OMS, Quito, AH Editorial 2003, Editor: Amable Bermeo y Edmundo Granda.
- Representación de la OPS/OMS en Ecuador, *Situación de Salud, Ecuador 2006*, Quito, Imprenta activa, 2006, Editor: Miguel Machuca, Diego Victoria, Jorge Luis Prospero y Edmundo Granda.

DISTINCIONES RECIBIDAS

- Miembro de Comités Editoriales de varias revistas de la especialidad en el país y en América Latina.
- Profesor Honoris Causa de Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.
- Profesor Honoris Causa de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Profesor Asociado de Universidad Nacional de Loja.
- Ciudadano de la Ciudad del Alto de La Paz, Bolivia.
- Miembro Honoris Causa de la Asociación Boliviana de Medicina Social.
- Miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1993-1996.
- Miembro del Comité Ejecutivo de Social Science and Health, capítulo Latinoamericano, 1995-1996.



Ministerio de Salud Pública

Sistema Nacional de Salud



Consejo Nacional de Salud



Consejo Nacional de Educación Superior



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Fundada en 1827

Esta publicación puede ser consultada en internet en la dirección:

www.opsecu.org



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LOJA



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud