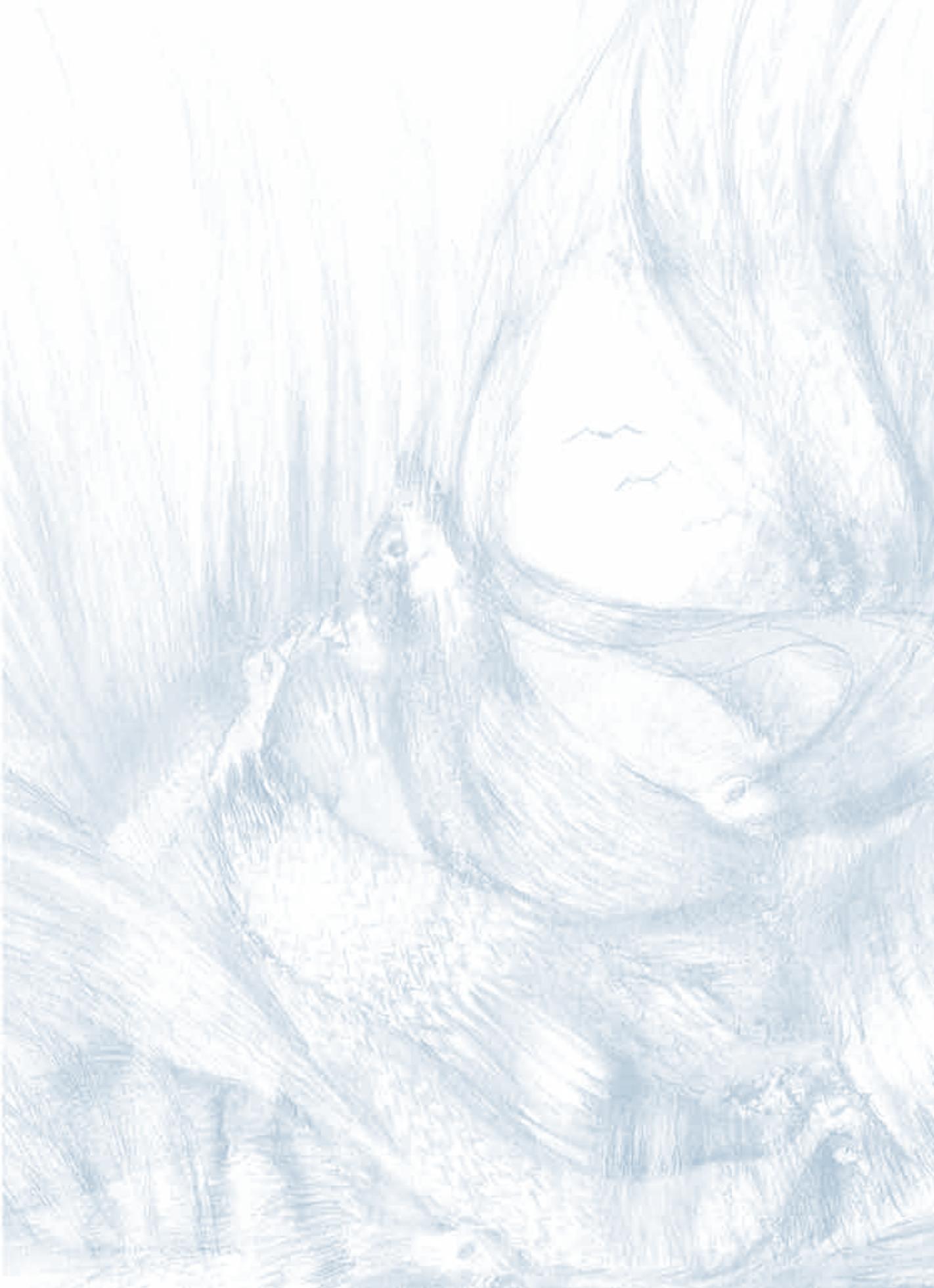


Edmundo Granda Ugalde
La salud y la vida
VOLUMEN 2

Edmundo Granda Ugalde | *La salud y la vida* | VOLUMEN 2







Edmundo Granda Ugalde
La salud y la vida

V O L U M E N 2

Quito, noviembre 2009

La salud y la vida

Edmundo Granda Ugalde

VOLUMEN 2

Quito, Ecuador

Primera edición: noviembre del 2009

1.000 ejemplares

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Caroline Chang Campos, Ministra

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

Celia Riera, Representante Ecuador

Consejo Nacional de Salud del Ecuador - CONASA

Narcisa Calahorrano, Directora

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, Hugo Noboa, Oscar Betancourt - ALAMES

César Hermida, Universidad de Cuenca

María Elena Miranda - CONASA

Martha Rodríguez, OPS/OMS

Levantamiento de textos y revisión final: Paulina Rodríguez

Diseño e ilustración de portada: Lápiz y papel

Diagramación: www.mantis.com.ec

Impresión: Imprenta Nuevo Arte

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	8
Investigación en salud	11
1. Construcción de la imagen del objeto	13
2. Compromiso social de la investigación en salud	29
3. Algunas reflexiones sobre la concretización y contextualización de la realidad en la investigación-acción en salud colectiva	41
4. Investigación y salud pública: una mirada hacia el futuro	65
5. Comportamientos comunitarios y la prevención del cólera. Estudio de casos en la población urbano marginal de la ciudad de Guayaquil	81
6. Protocolización e investigación	105
7. Investigación en sistemas y servicios de salud	109
Recursos humanos en salud	113
1. Lineamientos para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el marco de la reforma del sector	115
2. Cambios contextuales y su impacto sobre los recursos humanos en salud	131
3. Formación de salubristas: algunas reflexiones	143
4. Situación de los recursos humanos en el sector salud en América Latina	177
Aportes diversos para la acción en salud	183
1. Vigilancia epidemiológica: espacio, sujetos y acción	185
2. Proceso de trabajo en salud. Algunas reflexiones	215
3. Medicina tradicional, sistemas de salud no formales y reforma de servicios de atención médica	225
4. Globalización y reforma sanitaria	247
5. Algunas reflexiones sobre la reforma sectorial de salud en el Ecuador: una versión	255



Presentación

Presentar este segundo volumen de *Edmundo Granda: La salud y la vida* (el primero se presentó en el VI Congreso por la Salud y la Vida “Edmundo Granda Ugalde”, Loja - Ecuador, marzo 2009) significa un gran reto, adentrarse en la diversidad del pensamiento de nuestro querido hermano y compañero, siempre maestro, abierto a las innovaciones en todos los campos del saber, del arte y las culturas humanas, virtudes de las que pudimos disfrutar en las conversaciones con él, en sus reflexiones profundas adelantadas en el tiempo y sus infaltables orientaciones.

Si intentáramos escoger con Edmundo los artículos que deben ir en este volumen, él con la modestia de siempre, seguramente nos diría que escribió solo para los sueños y para las construcciones, cuando las circunstancias lo demandan... y no para publicar.

Pero, empecinados y empecinadas en difundir su pensamiento como un aporte valioso para la reflexión y acción, en estos momentos en que su luz es necesaria, y después de un primer tomo en el que se escogieron fundamentalmente artículos y ponencias relacionados con la globalización y la salud; en este segundo volumen nos atrevemos a recopilar artículos de campos tan diversos y específicos: la investigación en salud, los recursos humanos y la acción en salud, vigilancia epidemiológica, medicina tradicional, trabajo y salud.

Los primeros artículos de investigación nos transportan a sus enseñanzas que nos llevaron a muchos y muchas a la fascinación sobre el arte de investigar. La construcción del concreto del pensamiento, en un primer momento, tenía la fuerza del determinismo, para luego permitir –apoyado por Maturana– una reelaboración y afirmarnos que lo que se investiga se transforma a la luz de la acción de los sujetos.

Los recursos humanos fueron otra de sus pasiones a través de la cual desarrolló y fortaleció algunas de las escuelas de salud pública y medicina social en Latinoamérica. Éste fue su núcleo de acción política más importante desde la Organización Panamericana de la Salud. Nos place contar que la edición de este libro coincide con el reconocimiento de la Biblioteca y Centro Informático de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México que, en su honor, decidió poner el nombre de Edmundo Granda a su colección amplia de trabajos sobre medicina social latinoamericana.

Finalmente se incorporan diversos artículos que alimentan la discusión del quehacer en salud y la reforma del sector, que intentaban, en la vorágine del neoliberalismo, establecer propuestas para una transformación del sector salud, con nuevos elementos para cambiar, como la medicina tradicional como herramienta para caminar en la interculturalidad o elementos para una nueva epidemiología. Esta última no suficientemente explotada en el quehacer público.

Este libro incluye 16 artículos que hacen un recorrido por todos esos tópicos. Algunos artículos son fruto de una elaboración colectiva, en cuyo caso constan los nombres de los coautores, a los que Edmundo incluyó con toda la honestidad y generosidad que le caracterizó.

Como en el primer volumen, se han respetado totalmente los contenidos de cada uno de los artículos y realizado únicamente un trabajo de edición sobre los mismos. Los artículos se presentan a continuación:

Investigación en Salud

1. Construcción de la imagen del objeto. 1988
2. Compromiso social de la investigación en salud. 1990
3. Algunas reflexiones sobre la concretización y contextualización de la realidad en la investigación – acción en salud colectiva. 1993
4. Investigación y salud pública una mirada hacia el futuro. 1996

5. Comportamientos comunitarios y la prevención del cólera. Estudio de casos en la población urbano marginal de la ciudad de Guayaquil. 2000
6. Protocolización e investigación. 2002
7. Investigación en sistemas y servicios de salud. 2004

Recursos humanos en salud

1. Lineamientos para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el marco de la reforma del sector. 1996
2. Cambios contextuales y su impacto sobre los recursos humanos en salud. 1998
3. Formación de salubristas: algunas reflexiones. 2000
4. Situación de los recursos humanos en el sector salud en América Latina. 2004

Aportes diversos para la acción en salud

1. Vigilancia epidemiológica: espacio, sujetos y acción. 1994
2. Proceso de trabajo en salud. Algunas reflexiones. 1996
3. Medicina tradicional, sistemas de salud no formales y reforma de servicios de atención médica. 1997
4. Globalización y reforma sanitaria. Realidad y misticismo. 1998
5. Algunas reflexiones sobre la reforma sectorial de salud en Ecuador. Una versión. 2000

Este volumen, como hubiera querido Edmundo, es también un homenaje a Clarita Merchán, su compañera, que no soportó vivir sin el compañero del alma y se adelantó al reencuentro un sábado de octubre, en un vuelo simultáneo con la Negra Sosa y su melodiosa voz, potente como el pensamiento de Edmundo. Clarita necesitaba un carril así de fuerte para partir en la plenitud de su vida en búsqueda de su amado compañero.

Para las instituciones y organizaciones que hemos unido esfuerzos para la edición y publicación de este segundo volumen de las obras inéditas de Edmundo Granda, constituye una enorme satisfacción presentarlo en el marco del XI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES (Bogotá, noviembre 2009), que cumple 25 años de vida fructífera y que fue un espacio cultivado con su permanente paciencia y confianza en la fuerza de lo colectivo.

Respecto de la obra de Edmundo, la tarea aún no ha concluido, quedan varios escritos suyos por recopilar, los mismos que verán la luz en un tercer volumen, conjuntamente con algunas reflexiones sobre su pensamiento, sobre las que, desde ya, invitamos al esfuerzo de una minga latinoamericana.

Quito, noviembre de 2009

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



Investigación en salud

Artículo 1

Construcción de la imagen del objeto*

Primera parte Delimitación empírica

Cuando me acerco al problema de estudio, éste aparece como objeto, esto es, está fuera de mí, se mueve, se transforma al margen de mi voluntad, al margen de lo que ocurre en mi subjetividad.

De lo que se trata, en el empeño investigativo, es de que yo pueda aprehender el objeto en movimiento, encontrar las causas o determinantes de por qué está allí, de por qué se comporta de esa manera. En otras palabras, debo forjar en mi mente un reflejo subjetivo de la realidad objetiva.

Pero éste es un objetivo último al que llegaré:

- a) En un trabajo de acercamiento continuo para más tarde y no en un primer acercamiento, llegar al momento al cual nos estamos refiriendo.
- b) A conocer el objeto para hacer algo con él. No solo voy a acercarme para simplemente conocerlo sino para transformarlo o para modificarlo o para que permanezca tal cual es o para impedir su desarrollo.

Existe, entonces, una actitud del yo, de mi subjetividad que consciente o inconscientemente se plantea un para qué.

Si la actitud es consciente, es producto de la propia decisión del investigador que, impulsado por los determinantes externos e internos que

obran para que un problema teórico o empírico se transforme en objeto de interés científico, hace que ese problema surja como objeto de investigación. Entonces, me acerco al problema con mis ojos, con mi vida, con mi historia; me acerco como miembro de una clase social, con mis ideas de cómo es el mundo y cómo debe serlo, me acerco bajo el pedido o demanda social, bajo la acción de fuerzas que confluyen para que ese problema se transforme en un problema de estudio.

Si no me acerco conscientemente, son esas mismas fuerzas las que actúan sobre mi ser alienado. Mas, en este caso, me acerco con la interpretación política de otros, con lo que el sistema piensa que debe ser, me acerco con la ideología dominante.

Mi acercamiento inicial es, entonces, sensorio-perceptivo y político, pero al ser político, ya no pertenece al plano de la sensorio-percepción animal sino que de entrada genera juicios perceptivos. Comienzo por percibir las cosas o hechos que conscientemente quiero ver u oír, o lo que inconscientemente me ordenan que vea y que oiga.

En cuanto al objeto, que está por fuera de mí, solo se presenta al inicio con sus características más superficiales. Se presenta como “niños desnutridos”, como “madres con posible intoxicación”, como “individuos con posibles problemas mentales”, como poblaciones con

* El presente documento, escrito en 1998, contiene un resumen de las conferencias sobre la construcción de la imagen del objeto, ejercicio desarrollado en el taller del IV Curso Internacional de Investigación en Ciencias de la Salud. Las ideas y pensamientos que aparecen en la conferencia pertenecen a diversos autores. Nominarlos sería bastante largo y difícil. Éste constituye, más bien, un esfuerzo por aplicar una serie de pensamientos ajenos sobre un problema compartido.

“bajos niveles de ecuación”, viviendo con “formas de comercialización distintas”, con características “etnodemográficas definidas”, etc. En este acercamiento superficial, el objeto de estudio se me presenta como un verdadero caos.

Ante este caos, el objeto de estudio “por ventaja” parece mantener su independencia. La situación de salud o enfermedad por sí sola parece posible estudiar porque aparenta engendrarse y desarrollarse dentro del cuerpo humano a partir de sus propias fuerzas y leyes. Tradicionalmente así se ha interpretado y abordado su estudio desde el campo de la salud.

Por otro lado, la idea de que el problema objeto de estudio es lo suficientemente complejo como para intentar comprenderlo, me lleva a pensar que si lo estudio en su independencia como fenoménicamente se presenta, me es suficiente. Pienso que el esfuerzo por ver educación pertenece al área de los educadores, el de la comercialización al área de los economistas, etc. y que la tarea de estudiar el todo es tarea de los todólogos, que ventajosamente no existen. Ante la respetable independencia del objeto salud o más bien dicho enfermedad encuentro que mi tabla de salvación para poder navegar en ese caos de cosas, personas, animales, leyes, ideas que aparecen ante mis ojos es proceder en esa forma. Que si el objeto ganó su independencia y se presenta como tal, como resultante de un proceso, si tiene su ontología o su ser en el presente, es posible su análisis individualizado. Esto es cierto, pero parcialmente cierto.

Porque su ontología es parte de su ontogenia. En realidad el objeto es así como producto de su devenir. Su estatuto de ser lo ganó en la trayectoria histórica de su transformación. No fue siempre así como es hoy, porque la única verdad absoluta es que todo se transforma. Por lo tanto, fue diferente. Entonces surge la pregunta de por qué ahora es así y antes no lo fue.

Comprendo que el estatuto del ser así en el presente es producto del pasado, de su historia. Además, yo estoy interesado en que ese ser problemático que se me presenta en el hoy sea transformado y deje de ser así, que tome una nueva característica no problemática o menos problemática o más problemática en el futuro. Para hacerlo necesito urgentemente conocer la historia del ser. No es suficiente intentar estudiarlo solo en el presente, en sus características actuales.

Ahora bien, para que sea $X+1$ en el futuro y deje de ser X en el presente, debo necesariamente conocer cómo se transformó desde $X-1$ a X , debieron ocurrir hechos que lo llevaron a transformarse, entonces, debo conocer las fuerzas que posibilitaron dicho cambio.

El problema radica en que las fuerzas que obraron en su transformación de $X-1$ a X y las que me llevarán a transformarlo en $X+1$ en el futuro no se encuentran solo en el propio objeto, en este caso en el organismo humano.

Si en un primer momento visualizo que existen niños desnutridos, éstos no van a poder transformarse en seres nutridos por su sola voluntad o por el funcionamiento de sus órganos; debo intervenir incrementando el consumo de alimentos y de otros elementos, lo cual está relacionado con su capacidad de compra y con la oferta que hace el Estado (intercambio), la que a su vez se relaciona con la distribución y la producción de bienes materiales culturales.

Si por analogía extrapolo esta forma de pensar con el fin de comprender a $X-1$ en su cambio a X , es posible proponer que existe desnutrición en el momento X porque se conjugaron aspectos negativos del consumo, intercambio, producción, cultura, que determinaron ese cambio de $X-1$ a X .

X (desnutrición) no solo es producto de su devenir individual, de su historia, sino que es producto de la historia del todo que a primera

vista parece rodear al objeto desnutrición. El objeto (desnutrición) es parte integrante del todo que lo produce, que lo genera. Un ser es desnutrido porque existen circunstancias históricas y actuales que determinan ese ser. La totalidad, entonces, no rodea al objeto, a la parte (desnutrición), sino que la produce y esta totalidad es así porque las partes, a su vez, lo producen como un todo. La desnutrición produce la característica de un todo social donde existe desnutrición.

El deseo de aproximarme con el pensamiento a la parte y solo entenderme con ella se me desmorona. La dialéctica de la realidad en el tiempo y en el espacio me lo impide. La parte solo es parte del todo y su situación presente es producto de su historia.

Ante la angustia de mi pérdida de la tabla de salvación para poder navegar en ese caos de cosas, personas, animales, leyes, ideas, etc., intento proceder en forma inversa: me propongo comenzar con el todo.

Una primera alternativa podría ser adoptar una teoría que nos explique “todo”. Pero advertimos que, por más abarcativa que sea esta teoría, tan solo nos daría los “andamios” generales, mas no las relaciones particulares de las dos poblaciones, porque esas relaciones se generan en la rica dinámica del mundo que construyen los pobladores en un tiempo y espacio determinados. Además, la “importación” de una teoría que intenta explicar al objeto termina por matar al objeto y aniquilar la creatividad del investigador: el investigador debería amoldarse a seguir los postulados de la teoría e intentar dar forma al objeto para que quepa dentro de los cánones impuestos por la misma. Se produciría, entonces, un reduccionismo teórico. Solo hablaría la teoría a través de la boca del investigador que

no imagina ni crea, pero que solicita al objeto únicamente muestre las facetas o caras que interesan a la teoría. De lo que se trata, en la investigación científica, es que siempre permanezcan con vida el objeto científico, la creatividad del investigador y la teoría científica. Teoría sin objeto en movimiento y sin creatividad humana se transforma en dogma.

Una segunda posibilidad podría consistir en estudiar todas las partes que conforman el todo para luego, a través de la adición, reconstruir ese todo. El problema radica en que el todo es más que la suma de las partes. Además, no me interesa comprender el consumo, el intercambio, la distribución, la cultura por separado. Lo que me interesa es comprender cómo la cultura, el consumo, el intercambio, etc. se relacionan con la parte (desnutrición).

Para aprehender la realidad de salud de las poblaciones en estudio (la parte u objeto de estudio), para explicar su comportamiento, no existe otro camino que construir esta teoría partiendo desde la sensopercepción de sus características más superficiales que aparecen reflejadas en el documento CEAS/E.C-2.¹ Los investigadores no tienen otra alternativa que “explotar” al máximo toda la información que allí se encuentra depositada, porque a través de su análisis les será posible descubrir, por detrás de esa apariencia, las explicaciones de la misma.

El IV Curso propuso en el documento anteriormente mencionado una delimitación inicial. Interesa conocer la prevalencia, diferenciales y causas de problemas de salud de la madre y el niño. Es, por lo tanto, necesario que los investigadores tomen muy en cuenta estos requerimientos porque están dirigidos a lograr conocimientos que permiten la implementación de medidas correctivas.

1 Se refiere al documento *Descripción de las poblaciones del módulo de docencia en investigación* del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).

A más de los problemas visualizados por los organizadores del IV Curso es fundamental que los investigadores intenten:

- a) Descubrir la presencia de nuevos problemas que a través de la discusión se los considere como relevantes. Es decir, se debe dar contestación a la pregunta qué es lo que ocurre en las poblaciones.
- b) Averiguar comportamientos diferenciales de los problemas a ser estudiados entre los distintos grupos poblacionales, edades, etc.

Es posible abordar los dos puntos anteriormente anotados con más profundidad:

El primer momento de trabajo científico constituye un esfuerzo por lograr juicios descriptivos que me ayuden a extraer la mayor cantidad de información del objeto y a descubrir nuevos problemas. El pensamiento capta la existencia del fenómeno, intenta describir la presencia de características que se repiten y las califica. Por ejemplo, la calidad nutrición la califica como desnutrición; la calidad educación la califica como alta o baja educación; la calidad vivienda la califica en las dos poblaciones de estudio como mala vivienda o como inadecuada vivienda, etc. El movimiento del objeto es captado por el sujeto y el pensamiento coagula ese movimiento en categorías cualitativas. Es un momento eminentemente inductivo en que angustiosamente busco generalizaciones para tratar de “emparentar” las cambiantes y distintas “cosas” con las que me encuentro en mi primer deambular.

Las calidades se desenvuelven en cantidades. En efecto, en una de las poblaciones observo que hay más cantidad de la calidad desnutrición o, en ciertos grupos, observo que existe menos cantidad de la calidad baja educación. La dialéctica de la calidad que se me presenta objetivamente se desenvuelve o sintetiza en cantidad. Los qué (ropaje de las ideas de calidad) se transforman en cuánto de los qué (ropaje de la cantidad en su relación con la calidad). El pensamiento comienza por encontrar relaciones, aunque en un primer momento son de carácter simple. El pen-

samiento luego conquista el espacio físico en el que se mueven las calidades y cantidades, y las fija o define como espacios con tipos de cantidad y calidad determinadas. Se encarrila en el tiempo y busca si en el pasado la cantidad fue igual, mayor o menor que en el presente, y si la calidad fue igual o distinta en esos diversos momentos. Así procede el clínico en su acercamiento inicial al problema y así proceden los médicos sociales. La sensopercepción no permite llegar más allá. Las relaciones más superficiales son las que pueden ser captadas por la sensopercepción. Sin lugar a dudas, ésta constituye la puerta de entrada para la aprehensión del fenómeno, pero nada más que la puerta, porque para que el pensamiento pueda lograr un reflejo más integral del fenómeno todavía se debe recorrer un camino más largo y en ocasiones con muchas vueltas.

Segunda parte Delimitación subjetiva

En la sección anterior, hablamos sobre la aproximación inicial al objeto de investigación. Describimos los problemas que ocurren en esta etapa. Establecimos una diferenciación entre el sujeto y el objeto. Caracterizamos, en primer lugar, cómo se presenta el objeto, su obstinación en reflejarse tan solo como fenómeno, escondiendo sus características esenciales, su supuesto carácter de independencia y su apariencia de no mantener relación con los restantes procesos. Su pretendida característica de inmovilidad y, por lo tanto, la posibilidad ficticia de ser descubierta su ontología, su ser, sin necesidad de recurrir a su ontogenia, a su génesis.

Hablamos, por otro lado, de la situación conflictiva que vive el investigador que intenta construir una imagen subjetiva de aquella realidad objetiva. Investigador que al mirar el objeto no realiza una sensopercepción pura, sino que siempre es una sensopercepción intencionada por el carácter práctico de su conocimiento, por responder a un “para qué” que puede surgir directamente desde la demanda social o desde la propia teoría que encuentra vacíos para su

avance y constitución en su afán de brindar respuestas a las cambiantes y ascendentes demandas sociales.

Revisamos cómo el sujeto investigador podía realizar un acercamiento consciente o inconsciente, productivo o depredador (en las palabras de Vieira Pinto).

Analizamos cómo se desmoronaba la falaz opción de aprehender al objeto en el presente como X, y comprendimos que no teníamos otra opción que recurrir urgentemente a conocer la historia del objeto, las leyes y fuerzas que determinan su presencia y comportamiento de hoy, que obligaron a transformarse y adoptar otra forma y contenido de lo que era ayer como X-1, porque a través de ese conocimiento podríamos proponer su modificación o cambio hacia X+1.

También nos percatamos de que nuestro intento de analizar el objeto enfermedad de las poblaciones en su independencia, sin relacionarlo con los demás procesos que parecían, en una primera aproximación, rodear al objeto, era igualmente un planteamiento muy pobre porque la parte u objeto de estudio, que en el ejemplo analizado se refería a la desnutrición, solo existía en el contexto general de consumo, intercambio, distribución y producción de bienes materiales e ideales y espirituales que conforman la vida de las poblaciones. Que estas características no rodeaban al objeto, sino que lo atravesaban, lo producían, le daban su forma y contenido, al igual que la particularidad desnutrición producía la característica del todo como una población desnutrida.

Ante la angustia de la pérdida de nuestra “tabla de salvación”, intentamos proceder inversamente y comenzar por el todo, por una teoría que nos explique todo, pero advertimos que por más abarcativa que sea esta teoría tan solo nos daría las conexiones o “andamios” generales, mas no las particularidades de las dos poblaciones y, por otro lado, terminaríamos hipostasiando al objeto, a la parte, que perdería su capacidad de participar en la construcción del todo en su

caracterización particular de ser un grupo poblacional desnutrido. Ocurriría, por lo tanto, un reduccionismo teórico, lo cual es muy peligroso, porque empobrece al objeto y mata la creatividad del investigador.

No encontramos tampoco la posibilidad de estudiar cada uno de los elementos que conforman ese todo porque no tendría ninguna utilidad el tratar de conformar un todo por la simple adición de las partes, ya que el todo es más que la suma de las partes, es un todo donde las partes están profundamente interrelacionadas y cada una de ellas tiene un significado humano social, producto del trabajo finalista que ha impuesto el hombre al conquistar la naturaleza en su proceso de hominización.

Encontramos que la única alternativa consiste, entonces, en partir de la parte (del objeto en estudio) y buscar sus relaciones y determinaciones.

El primer momento de trabajo científico constituye un esfuerzo por lograr juicios descriptivos que ayuden a extraer la mayor cantidad de información posible del objeto y a descubrir nuevos problemas.

Posiblemente eso lo cumplieron ustedes y algunos grupos lograron generar una primera imagen de *qué* es lo que ocurre y *cómo* se comportan esos *qué* en el tiempo, espacio, población, edad, etc.

Habíamos discutido sobre la necesidad de reconocer las características cualitativas y cuantitativas, en el espacio y el tiempo de los diferentes elementos que conforman nuestro concreto empírico, pero lo que ocurre es que el curso del pensamiento es más inquieto de lo que se intenta describir en esta conversación. Los juicios perceptivos inmediatamente se transforman en *juicios problemáticos*, es decir, después de que describo el *qué* o el *cuándo* del *qué* o el *dónde* del *qué*, inmediatamente intento preguntar el *por qué*, es decir, formulo *juicios problemáticos*. No contento con esto intento contestar y resolver

ese por qué, esto es, formulo *juicios apodícticos* y, con gran aplomo positivista a esto, lo llamo hipótesis. Cuando menos experiencia tenemos en el campo de investigación más inquieto es nuestro curso del pensamiento y es más difícil aguardar pacientemente para lograr una senso-percepción más completa sobre los elementos que conforman el concreto empírico, cosa que facilitaría forjar una visión fenoménica más integral del objeto. Dicho de otra manera, permitiría apuntalar la formulación de juicios problemáticos más coherentes y nos ahorraría el trabajo de reconocer más tarde la pobreza de aquello que precipitadamente llamamos hipótesis y evitaría que no podamos reconocer su falsedad y continuemos trabajando bajo su guía.

En la etapa sensoperceptiva yo me objetivo, es decir, me muevo a merced del objeto, recojo pacientemente los datos que éste me ofrece. En una segunda etapa, los datos empíricos se han subjetivado como juicios perceptivos y mi subjetividad, mi creatividad intenta demandar al objeto que me brinde más información. Soy yo el que le pregunto al objeto *por qué* se mueve así, por qué está allí con esa calidad, con esa cantidad, en ese espacio y en ese tiempo. En otras palabras, me apodero idealmente del objeto como fenómeno y le pregunto por su esencia, me apodero de la imagen relacional de su forma y busco su contenido. Asumo la responsabilidad de enfrentarme al objeto, romper su pseudoindependencia y su puesta inmovilidad.

Las preguntas se dirigen a averiguar:

- a) ¿Cómo así eres lo que eres, en esa cantidad, en este momento y en este lugar?
- b) ¿Cómo te originaste?
- c) ¿Qué relación mantienes con los elementos que te rodean?

Ante una o varias preguntas inmediatamente sobreviene una contestación, pero el gran problema es que el objeto no habla, porque las cosas no hablan por su propia boca. El edema con el que se encuentra el clínico cuando examina a un paciente no le informa sobre cómo surgió. Las

poblaciones no nos informan sistemática y ampliamente sobre los determinantes y relaciones de los problemas en estudio. O puede que las poblaciones nos hablen a través del cura párroco y nos conteste que se debe a un castigo de Dios. O que nos hablen a través de los dirigentes comunitarios quienes nos ofrecerían una rica cantidad de explicaciones, pero en ningún momento van a ser contestaciones sistemáticamente hilvanadas. Entonces, tengo que yo mismo contestarme las preguntas y para hacer aquello debo *construir* las respuestas. Para cumplir con este objetivo debo disponer de los instrumentos indispensables y éstos son: mi imaginación, los datos que obtuve del objeto y la teoría científica, que constituye una amplia matriz de contestaciones sólidamente hilvanadas sobre el movimiento de la materia en sus distintas dimensiones, las mismas que han demostrado en la práctica ser fidedignas porque lograron su transformación.

Entonces, ¿cómo procedo?

Genero la pregunta y aquí tengo dos opciones:

- a) Elaboro una pregunta integral sobre la calidad, cantidad, espacio y tiempo e intento dar una posible respuesta integral. A ésta la llamo conjetura.
- b) Hago una pregunta similar pero doy una respuesta sobre una de las posibles explicaciones del juicio problemático que he formulado. A este tipo de contestaciones o explicaciones Kopnin las nombra versiones.

Las versiones y conjeturas están dirigidas a desentrañar la esencia (relaciones y determinaciones integrales) del objeto problema de estudio. Cada versión se dirige a averiguar sobre una parcela o componente del objeto, es decir, el pensamiento divide la realidad con el fin de aprehenderla por pedazos. En ese empeño, intento a largo plazo formular el *concepto* del fenómeno a través de la síntesis de cada una de las abstracciones o verdades unilaterales y parciales con las que me enfrento en este momento analítico.

Ahora bien, los conceptos tienen *extensión* y *profundidad*. Las conjeturas son explicaciones que intentan abarcar la extensión del concepto, mientras que las versiones pretenden dar una contestación más profunda, pero que abarca poca extensión. Si he formulado una conjetura, debo tener en mente que esta contestación es bastante general, pero le faltan muchos elementos particulares que intermedian su explicación. En cambio, si he formulado una versión, debo tomar en consideración que se trata de una explicación de carácter muy particular, que a pesar de que explica una parcela de la realidad en profundidad, sin embargo, le falta extensión, esto es, le faltan otros elementos que son parte explicativa del concepto sobre el objeto que intento generar.

De dónde obtengo los elementos para la contestación o explicación:

- a) De la experiencia acumulada y de la formación recibida, es decir, de la ciencia que he interiorizado y que será movilizada con mi creatividad.
- b) De la teoría social que me explica en forma general la anatomía y fisiología de la sociedad, de la teoría clínica que me da a conocer la anatomía y fisiología del cuerpo humano, de la teoría epidemiológica que me explica cómo se da la interrelación de la corporeidad objetiva y subjetiva del sujeto social y de cómo se consume-produce el sujeto en el momento productivo y cómo se reproduce-consume en el momento de consumo, al mismo tiempo que conforma su espacio familiar, se relaciona con la naturaleza y da significación a su vida.
- c) De los datos sobre el objeto que obtuve anteriormente y que ahora poseo como una matriz de relaciones simples de carácter fenoménico, pero que posteriormente serán incrementados y modificados a través de mayores indagaciones y confrontaciones que con él realice.

Pero, en este momento, no dispongo todavía de un gran bagaje teórico, no he optado por la teoría social, epidemiológica, clínica y proyección

política sobre las que me basaré para la construcción de la teoría particular sobre mi objeto de estudio. Me presento como un individuo lleno de cargas ideológicas no concientizadas, con mis conocimientos y desconocimientos y, desde ese nivel, lanzo versiones y conjeturas. Es por ello que ésta es una etapa de *delimitación subjetiva* del problema que me permitirá lograr conocimientos unilaterales, pero más conectados que aquellos que elaboré a través de la sensopercepción. Las relaciones ya no se presentarán en el plano fenoménico anterior, esto es, entre calidad, cantidad, tiempo y espacio, sino que éstas comenzarán a ganar nueva dimensión.

A pesar de que a través de las versiones y conjeturas comienzo a encontrar las relaciones y determinaciones del objeto de estudio, todavía me mantengo en un plano fenoménico, porque el carácter fenoménico no solo depende de la característica unilateral con la que se presenta el objeto de estudio, sino también se debe a la forma unilateral de vivir, a esa práctica de sentido común, rutinaria y utilitaria, surgida dentro de mis requerimientos de orientarme en el mundo, de familiarizarme con las cosas, de manejarlas, pero no de *comprenderlas*. De esa praxis fragmentaria, que como lo diría Kósic, “se halla basada en la división social del trabajo, en la necesidad de manejar una parcela de la técnica que me condiciona a vivir en un mundo de verdad y engaño... La práctica cotidiana de cada día crea el pensamiento común en el cual se captan tanto la cosa y su aspecto superficial como la técnica de tratamiento de ella como forma de su movimiento y de su existencia”. El mundo que se me revela en la práctica fetichizada, en el traficar y en el manipular no es el mundo real aunque tenga la “consistencia” y la “validez” de este mundo, sino el mundo de la apariencia. Dicho de otra forma, el capitalismo me ha destruido el mundo totalizador, multifacético, multidimensional, pedagógico y comprensivo, en una palabra, *dialéctico*, que constituye el mundo del mito. El mundo se me presenta como un mundo dado, habiendo perdido la característica de ser un mundo dinámico, producido por el hombre, naturalmente

transformable y socialmente revolucionable. La dialéctica entre mi ser, mi subjetividad y mi otro cuerpo (la objetividad o sociedad) ha sido rupturada por mi forma de vivir alienada en el capital. Para comprender el mundo en el que vivo, para *comprender* el objeto de estudio, debo al mismo tiempo *comprender* mi función y responsabilidad dentro de ese mundo humano-social que lo creo, que lo produzco diariamente en mi vida cotidiana. Para cumplir con esa función necesito de mi pensamiento, pero necesito, además, de mis emociones, de mis ilusiones, en una palabra, de mi proyección humana integral. Solamente a través de una aproximación teórica y política real lograré que mis versiones adquieran igualmente un carácter más real. Mientras tanto las versiones y conjeturas son:

- a) Respuestas o explicaciones que no pasan de ser suposiciones que tienen tan solo una limitada probabilidad científica, por la simple razón de que únicamente permiten observar la parte superficial o aparental del fenómeno como particularidad, pero sin conexión con los procesos con que se relaciona.
- b) Están cargadas de una gran subjetividad, subjetividad que traduce verdades parciales y errores parciales que por lo general no he concientizado.
- c) Si las explicaciones provienen de mi formación anterior, esto es, de mi bagaje teórico adquirido, representan conocimientos más bien de carácter general y, por lo tanto, abstractos o unilaterales, los cuales deben ser enriquecidos con las características particulares de las comunidades.
- d) Las versiones y conjeturas traducen, consciente o inconscientemente, una forma de ver el mundo y, consecuentemente, un interés o idea de cómo debe ser ese mundo en el que se mueve el objeto de estudio. Es decir, es parte de mi teoría social y política que, por lo general, no tengo claramente concientizada.
- e) Cuando priorizo ciertas preguntas y escojo ciertas respuestas sobre los problemas que voy a tratar, implícitamente estoy haciendo una opción por la forma en que voy a conocer el objeto. En otras palabras, hago

una opción por una teoría y método de conocimiento, pero esa opción debe ser clara y conscientemente escogida porque existen teorías y métodos que me llevan a encontrar los conocimientos necesarios para mantener el equilibrio del sistema, y otras teorías y métodos que me conducen al hallazgo de conocimientos e instrumentos para la transformación del mismo.

- f) Al dar posibles contestaciones sobre la problemática salud-enfermedad de las poblaciones, valorizo ciertas relaciones y conexiones entre los procesos mórbidos o de salud y de éstos con posibles determinaciones o *por qué* de su aparición o desarrollo. En otras palabras, adopto una teoría explicativa sobre la producción y distribución de la salud-enfermedad.

La elaboración de las versiones y conjeturas abre, entonces, una inmensa puerta hacia un cuestionamiento teórico y metodológico, me obliga a reconocer el carácter unilateral y poco fundamentado de mis respuestas y la necesidad de definir claramente las teorías social, epidemiológica, clínica, política y del conocimiento con las que voy a trabajar. Esto es, me obliga a buscar la totalidad a partir del objeto utilizando mi creatividad. La elaboración de las versiones y conjeturas me conduce, además, a buscar un referente empírico que fundamente mis explicaciones del por qué se comporta o funciona en tal o cual forma el objeto problema de estudio. Es decir, me lleva a “desmenuzar” o analizar en componentes más reducidos el fenómeno que intento conocer. El camino del análisis del fenómeno en sus componentes es el único que existe en este momento de aproximación al mismo.

A través de las conjeturas y versiones priorizo las preguntas que hago a la realidad empírica. Esto es, escojo solamente aquellas “caras” o facetas de la realidad sensorial que me interesan para la comprensión del objeto-problema de estudio, así como demando hacia las teorías social, filosófica, epidemiológica, clínica, aquellos elementos conceptuales y metódicos que precisa

el curso de mi pensamiento en el intento de interpretar el movimiento del objeto.

La elaboración de las conjeturas y versiones asegura, por otro lado, una constante unión de la teoría con la empiria, donde la teoría demanda datos a la empiria y la empiria demanda comprensión teórica de los datos que ella oferta. Pero este “diálogo” teórico-empírico ocurre por mi pedido consciente, bajo el interés de comprender el abigarrado objeto que en los primeros momentos me parece un verdadero caos. Mi creatividad, el objeto y la teoría se mantienen con vida, ninguno de estos tres elementos se hipostasian, lo cual asegura la permanente conquista de mi libertad en el quehacer investigativo, al mismo tiempo que produzco el conocimiento necesario para la transformación del objeto e inicio la crítica de todo el conocimiento anterior sobre el mismo.

Cuando los nuevos datos que surgen desde la empiria permiten confirmar mis supuestas explicaciones iniciales, éstas ganarán un estatuto más científico, serán un reflejo más objetivo de la realidad y se relacionarán con otras parcelas explicativas para conformar, con el apoyo de la teoría general, el marco teórico particular que paulatinamente va explicando la dinámica del objeto. Así, también, las versiones y conjeturas que en un inicio tienen un carácter parcelario, no argumentado y presupositivo, van ganando coherencia, transformándose en respuestas más fidedignas y ganando un carácter de hipótesis.

Es necesario conocer que las versiones y conjeturas iniciales son subjetivas y unilaterales, pero, en cambio, son ellas las que me conducirán a encontrar la objetividad y la globalidad, permitiendo que la parte (objeto-problema) construya sus relaciones con la totalidad de la que es parte.

Tercera parte Delimitación real

La sensorpercepción del problema, conforme habíamos señalado anteriormente, nos permitió

únicamente descubrir las características superficiales y unilaterales del objeto. La elaboración de las conjeturas y versiones nos posibilitó una apertura inductiva hacia la teoría y el retorno a la empiria: una apertura del pensar hacia la teoría, para descubrir las relaciones de ese objeto que parece mantener su independencia, y un retorno a la empiria para lograr más información para un nuevo ascenso a la teoría, así como un avance de las versiones y conjeturas en su camino de llegar a ser hipótesis.

Las versiones y conjeturas permiten brindar respuestas posibles que, como se había dicho, deben ser contrastadas empíricamente con los datos disponibles tomados de la realidad empírica y, además, deben ser contrastadas teóricamente, a través del análisis de la coherencia que éstas adoptan dentro de la totalidad concreta que voy construyendo. Dicho en otras palabras, hasta este momento disponemos de abstracciones o, si se quiere, de pedazos de verdad y error sobre el objeto de estudio. He cumplido un proceso analítico que me ha permitido dividir, analizar el caos con el que inicialmente me encontré. He descompuesto el todo en partes, he aislado ciertas “cosas” y las he transformado en procesos, he establecido que las calidades se desenvuelven en cantidades y se movilizan en los espacios físicos y cambian con el tiempo. He tomado distintas “cosas” que antes parecían mantener su independencia y las he relacionado con el objeto. La “cosa” educación la calificué como un proceso de variante cantidad y calidad y la conecté con el objeto de estudio *salud-enfermedad* en el espacio poblacional. Tomé la abstracción trabajo, la calificué en sus tipos y la relacioné con el objeto de estudio. En resumen, las cosas se transformaron en procesos, ya no se me presentan como objetos fijos, sino como productos de los hombres, productos que han sido engendrados en las relaciones que entre ellos mantienen y con la sociedad más amplia en donde se hallan ubicadas las poblaciones. Todas las calidades son producto histórico y están allí porque existieron distintas circunstancias que las posibilitaron. A través de

las versiones y conjeturas voy logrando reflejar aunque sea en pedazos el movimiento del objeto, su historicidad y sus relaciones.

A pesar de este esfuerzo, todavía falta *conexión* entre las distintas abstracciones y, por otro lado, no logro establecer la *jerarquía* que entre ellas existe. Para cumplir con este cometido, debo *creativamente* (subjetividad) *anar* las distintas abstracciones tomando como recurso la teoría científica constituida que mayor capacidad de explicación me ofrezca en mi compromiso de *transformar* el objeto. Debo, por lo tanto, ascender desde las abstracciones para conformar una totalidad *concreta, significativa y dinámica*, es decir una *totalidad real*.

Una totalidad *concreta* contiene los “andamios” que me posibilitan conectar los distintos procesos que se relacionan con el objeto. La ciencia, en su largo trajinar, ha descubierto leyes científicas que traducen regularidades, o leyes naturales y sociales que determinan el ordenamiento de los fenómenos. En este caso, debo dirigir mi mirada con el fin de adoptar la teoría científica general más avanzada que permita explicar el devenir de la vida humana, para extraer de ella aquellos “andamios” que me posibilitan caminar desde el objeto problema de estudio hacia los procesos con los que se relaciona y viceversa. Por cuanto la salud-enfermedad es un proceso eminentemente social, debo necesariamente optar por la teoría científico-social más desarrollada que apoye este empeño. Así como la salud-enfermedad es un proceso eminentemente social, también es una realidad biológica determinada por lo social. En esa medida, el aporte de la teoría clínica es de igual importancia. Es obvio considerar que la teoría epidemiológica me permitirá comprender la relación entre lo social y lo biológico, entidades que en el nivel fenoménico parecían ser tan independientes, pero que en este momento ya se presentan como un proceso unitario.

La totalidad que intento construir debe ser, por otro lado, *significante*. El mundo humano-social es un mundo construido por el hombre. Cada

acción que desarrolla el ser humano en el presente tiene una repercusión en el futuro. En su accionar transforma la naturaleza y revoluciona la sociedad. La búsqueda de “andamios” es una búsqueda intencionada, dirigida a dar respuestas con miras a cumplir un fin, una utopía, un sueño que me he trazado. Puedo construir “andamios” que me lleven a encontrar soluciones a la problemática de las poblaciones que no toquen su estructura porque considero que éstas deben permanecer tal cual están organizadas. Por el contrario, puedo afanosamente construir “andamios” que me obliguen a desentrañar la trama social para encontrar en su seno los determinantes de los problemas de salud. Mi punto de vista define entonces el “andamiaje” que intento construir. Mi pensamiento que intento sea científico es, primero, profundamente político, porque con el conocimiento que pretendo producir, propongo implícitamente organizar en tal o cual forma mi “polis”, la sociedad en la que vivo y actúo.

Ahora bien, la totalidad que intento dar forma y contenido, para que tenga validez científica y política, esto es, para que sea una totalidad *real*, debe buscar la transformación y avance del mundo humano-social, porque en este momento el hombre no es considerado por el capital como hombre sino en función de su capacidad de producción de riqueza; no sirve su creatividad sino su obediencia; su cultura no tiene importancia sino cuando apoya el desarrollo de la técnica productivista o impulsa la ideología represiva; no tiene importancia su consumo sino en la medida en que permita incrementar la ganancia de los que detentan la propiedad de los medios productivos. Entonces, la única proyección científica de la politicidad humana es la creación de una utopía de humanidad, de igualdad, en que el mundo de las cosas se supedita al mundo de los hombres, esto es, la conformación de una *politicidad real* que promueva la forja de una forma productiva racional, en donde las fuerzas propiciadoras de la salud puedan ser dirigidas por el hombre. En esta manera podré construir una teoría sobre el objeto que intenta formar par-

te de la teoría revolucionaria general. Dicho en otras palabras, descubrir las relaciones del objeto con el todo para transformarlo, al mismo tiempo que participo desde el plano particular en la lucha por la comprensión y transformación general de la sociedad.

La teoría particular sobre el objeto gana su politicidad en el momento mismo de su constitución, en el momento en que establezco conscientemente su significado. Es posible que se constituya en una contra-teoría crítica que busca explicar y conseguir la salud humana, o por el contrario, que aparezca como una teoría positiva normal: como fundamentación capitalista, como apoyo para la reproducción autodestructiva del sujeto social. En el primer caso, la teoría sobre el objeto me llevará a buscar los “andamios” para impulsar la transformación del mundo humano social, al mismo tiempo que me realizo como investigador reconstruyendo en el quehacer científico la dialéctica entre mi individualidad y el mundo que me produce y yo produzco. En el segundo caso, la teoría aparece como guía para la manipulación práctica del material humano, como técnica política calculadora, esencialmente ligada a los requerimientos teóricos y prácticos del capital y el investigador se presenta como un manipulador manipulado.

La totalidad debe ser *dinámica*. En el momento en que reconozco que el método de conocimiento que he adoptado mantiene con vida al objeto empírico, a la teoría y a mi creatividad, puedo así mismo afirmar que la totalidad que estoy construyendo es una totalidad *dinámica*, en donde la particularidad *salud-enfermedad de las poblaciones* genera la totalidad que permite su comprensión. A su vez, la totalidad moldea y entrega contenido a la particularidad, pero ésta gana contenido y forma en base a mi trabajo consciente que busca nuevos datos empíricos y explicaciones teóricas. El trabajo metodológico dinámico impide caer en el reduccionismo teórico o empírico que anteriormente ya expusimos.

Habíamos dicho en párrafos anteriores que para lograr la conexión y jerarquización de las distintas abstracciones, producto de las versiones y conjeturas elaboradas, debo, *creativamente, aunar* las distintas abstracciones tomando como recurso la *teoría científica* constituida que mayor capacidad de explicación me ofrezca en mi compromiso de *transformar* el objeto. Debo, por lo tanto, ascender desde las abstracciones para conformar una totalidad *concreta, significante y dinámica*, es decir una *totalidad real*.

El empeño de construir la totalidad real me obliga, entonces, a enfrentarme con la teoría científica que mayor capacidad explicativa me ofrezca. Pero ese enfrentamiento debe ser siempre crítico, de ella extraeré los elementos conceptuales y metodológicos que apoyen mi compromiso de *transformar* el objeto. En este sentido, todas las teorías me presentarán verdades parciales y errores parciales, pero algunas de ellas presentarán verdades relativas más contundentes que posibiliten tender “andamios” más seguros. A través del enfrentamiento con la teoría constituida se produciría una doble negación dialéctica. En primer lugar, mis conocimientos con que genere las versiones y conjeturas serán superados y la propia teoría constituida con la que me enfrento ya no será igual que antes. Mis conocimientos se modificarán, así como la teoría constituida ganará nuevos componentes conceptuales particulares, producto de mi trabajo investigativo. La dialéctica se propone en cada acción revolucionar la realidad objetiva al mismo tiempo que revoluciona la teoría sobre esa realidad.

En epidemiología existen varias teorías constituidas que pretenden explicar la producción y distribución de la salud-enfermedad colectiva. Una de las teorías que han liderado en el campo epidemiológico ha sido la teoría estructural-funcionalista con sus distintas expresiones: multicausalismo, teoría ecológica, etc. En la actualidad mucha fuerza ha adquirido la teoría social fenomenológica, con su expresión particular en salud consistente en la “teoría de las estructuras mediadoras”

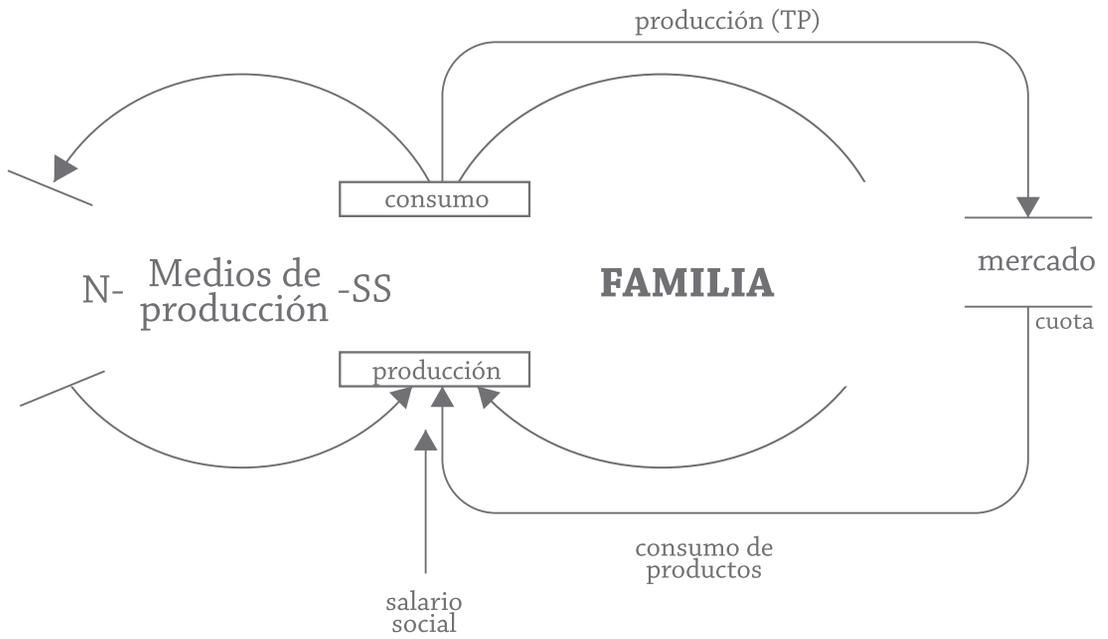
y en forma reciente la teoría científico-social se ha hecho presente logrando un especial fortalecimiento en América Latina. Cada una de estas teorías ha elaborado categorías, conceptos, relaciones entre conceptos, jerarquías, modos explicativos, preguntas directrices diferentes que responden a los distintos intereses para los cuales llegaron a constituirse. Cada una de ellas tiene distintas categoría *nucleares* o celulares que facilitan el ascenso de mis abstracciones en su camino de encontrar sus relaciones y determinaciones y transformarse en conceptos. El estructural-funcionalismo me invita a buscar los “prerrequisitos funcionales que factibilizan el mantenimiento del equilibrio del sistema”. La teoría de las “estructuras mediadoras” me impulsa a buscar los “espacios que permitan el fortalecimiento de la acción social concebida como la resultante de actos individuales significantes”. La teoría científico social se plantea como categoría nuclear comprender la forma en que los “hombres producen la vida humano-social y en esta forma producen también su subjetividad y su objetividad, sus posibilidades de salud y enfermedad”.

Por cuanto la teoría epidemiológica científico social ha logrado configurar un marco interpretativo coherente, que responde a los requerimientos de transformar la situación de salud-enfermedad de nuestros pueblos, constituye un excelente apoyo para la construcción de aquellos “andamios” que requiero para mi trabajo ascensional. En su planteamiento sobre perfil epidemiológico, Breilh (ver Anexo 1) sintetiza partiendo de la categoría celular producción, tres momentos de producción (consumo-producción

del sujeto social) y cuatro momentos de consumo (producción-consumo del sujeto social) que constituyen, sin lugar a dudas, los momentos de relación generales más importantes entre la corporalidad orgánica (subjetiva) y la corporalidad inorgánica (objetiva) que apoyan la clasificación y ubicación de las abstracciones logradas en la etapa de formulación de versiones y conjeturas, permitiendo en esta forma una primera conexión y jerarquización general de las mismas cuando estoy interesado en comprender la salud-enfermedad a nivel de las clases sociales. Estas relaciones generales se amplían en el momento que intento interpretar la problemática a nivel más amplio (ver anexo 2). Un abordaje más amplio sobre esta problemática específica existe en las diversas publicaciones del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).

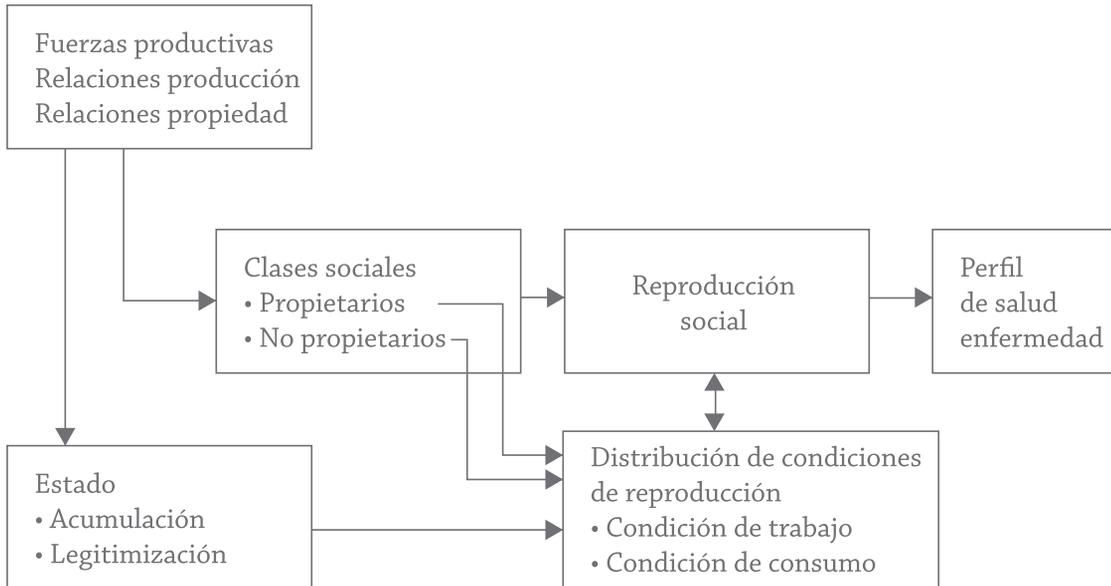
Con el apoyo de las teorías social y clínica, con la definición de mi proyección política, con los nuevos datos empíricos que constantemente voy demandando a la realidad sensorial, llega el momento en que el objeto de estudio aparece claramente delimitado, es decir, he destruido una teoría epidemiológica sobre el objeto y he logrado también que las versiones y conjeturas adquieran el estatuto de hipótesis y, a su vez, han surgido nuevas hipótesis a partir de la ampliación del horizonte de visibilidad que me brinda la teoría integral sobre el objeto que he elaborado (ver anexo # 3). He creado un concreto de pensamiento, en donde la salud enfermedad colectiva, como expresión biológica, es al mismo tiempo social. Lo social se subjetiva en lo biológico y lo biológico se objetiva en lo social.

Anexo 1

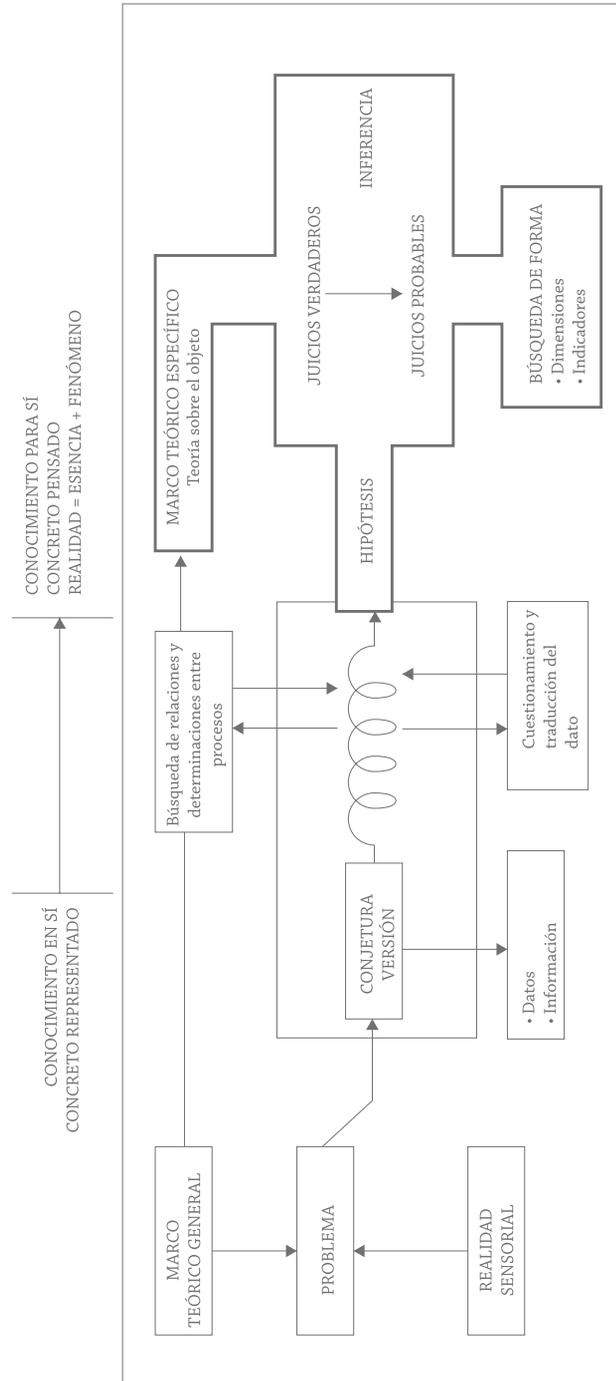


Anexo 2

Producción y distribución de la salud - enfermedad y de las condiciones de reproducción social



Anexo 3



Artículo 2

Compromiso social de la investigación en salud*

“En la praxis debe el hombre demostrar la verdad, esto es la realidad y el poder, la terrenalidad de su pensamiento...”

Tesis sobre Feuerbach

A bordar el tema compromiso social del investigador en salud propuesto por los organizadores de este evento es un problema bastante complejo, sobre todo en el momento en que vivimos, en el que, como expresa una leyenda escrita en una pared, “teníamos algunas respuestas a la vida y nos cambiaron las preguntas”, con lo cual, interpreto, se intenta traducir el profundo desconcierto que actualmente acompaña nuestro deambular. Mas, parece que no nos cambiaron las preguntas, sino que éstas se presentan tan enrevesadas que difícilmente pueden ser comprendidas sin un gran esfuerzo. En efecto, la pregunta central sigue siendo la misma que el espíritu revolucionario del siglo XIX forjó y que hace referencia a la supervivencia de lo humano mismo, “esta entidad histórica peculiar que está en trance de desaparecer una vez que todas las virtudes que desarrollamos a costa de cruentas mutilaciones se convierten, una a una, en vicios nocivos para nosotros mismos y para la naturaleza”.¹

Consultando el diccionario, el término *compromiso* entraña: “una palabra dada... una obligación contraída... un convenio entre dos litigantes, en el cual tanto el uno como el otro esperan un beneficio”.² Es conveniente, entonces, que establezcamos las características de este compromiso en el que aparecen como litigantes, por

un lado, el investigador y, por otro, la realidad a la cual se intenta comprender.

¿Por dónde comenzar? Parece que lo mejor que podemos hacer es comenzar estableciendo los beneficios que las partes esperan: el investigador trata de apoderarse de la realidad a través del pensamiento, esto es, intenta reproducir en su mente el movimiento de la materia objeto de su preocupación, dicho con otras palabras un poco difíciles, quiere construir un concreto de pensamiento, el mismo que debe representar la realidad concreta que se encuentra por fuera de su ser, por fuera de su subjetividad. Lleguemos hasta aquí en cuanto a los beneficios que el investigador espera alcanzar, creo que todavía no hemos agotado todos, sin embargo, esta reflexión nos da piso para pasar a interpretar los posibles beneficios que la realidad u objeto de estudio pretende lograr.

Nos encontramos, en primer lugar, con que esa realidad objeto de estudio no puede, por la misma, establecer los beneficios esperados, sino que éstos deberán ser interpretados por parte del investigador. En otras palabras, ése tiene otra obligación más en el proceso de investigación. A pesar de que el objeto no puede hablar, no puede establecer sus propios beneficios, sin embargo tiene una realidad óptica, un ser que se transforma y se mueve regido por leyes. Entonces, el

* Ponencia presentada en la Universidad de Antioquia, (Martes del Paraninfo), Medellín; agosto 28 de 1990.

1 Echeverría, Bolívar. *El discurso crítico de Marx*. México: Ediciones Era; 1986.

2 *Pequeño Larousse Ilustrado*. Buenos Aires: Editorial Larousse; 1964.

beneficio que espera la realidad de este convenio no puede ser otro que continuar su transformación de acuerdo con las leyes que la rigen.

En una primera instancia, este convenio aparece como un *litigio* en el cual el investigador intenta apropiarse de la realidad a través del pensamiento, para hacer algo con ese conocimiento a ser producido, mientras que la realidad directamente establece su *para qué* o propósito como un requerimiento de continuar transformándose.

El propósito o para qué del investigador se halla parcialmente explicado, en la medida en que, como se indicó anteriormente, éste debe asumir el compromiso u obligación de apuntalar la transformación de la realidad, la misma que no tiene la posibilidad concreta de hablar o establecer los supuestos beneficios de este convenio. En esta forma, es posible aseverar que, de inicio, la responsabilidad del investigador aparece estructuralmente determinada como una obligación de buscar la transformación del objeto problema de estudio. Ante este requerimiento, es conveniente que discutamos un poco más sobre el término *transformación*, porque fue colocado como un presupuesto necesario para la discusión sobre los beneficios que espera la realidad como producto de este convenio. En otras palabras, ¿por qué no puede ser la *no transformación* el término o categoría fundamental que le corresponde a la realidad? Bueno, creo que a través de la ciencia es posible ratificar esta característica de constante cambio o evolución de la naturaleza, así como de su transformación, mediante la intervención del hombre. Es imposible hacer un planteamiento distinto a pesar de nuestra constante agresión a la naturaleza, a pesar de nuestra incapacidad de establecer un adecuado *metabolismo natural-social*. Ya no es posible eximirnos de continuar en el empeño transformador, porque la rueda de la historia ha cambiado mucho y la coyuntura nos lleva a pensar en la urgencia de com-

prometernos con mayor empeño en la empresa de transformación humana de todo lo que nos rodea.

El propósito o para qué del investigador se presenta, en primer término, como determinado por lo externo, por el objeto. Pero este objeto que en el momento actual aparece como externo no tiene, realmente, dicha calidad, porque éste es también producto del accionar humano: con el apareamiento del hombre, la historia de la naturaleza cambió, “la historia natural y la historia humana pasaron a construir una unidad en la diversidad. Con ello no se resuelve la historia humana en la pura historia natural ni la historia natural en la historia humana... la naturaleza se vuelve dialéctica porque produce al hombre como sujeto mutable, concientemente activo, que se le enfrenta como potencia natural”,³ y la naturaleza es producida o transformada por el hombre en dicho enfrentamiento. Desde el momento en que el ser humano se hizo presente en la tierra, la naturaleza también ha sido y continuará siendo social, y el hombre hacedor de la historia también ha sido y continuará siendo naturaleza. Esta reflexión nos coloca en la posibilidad de comprender: que el propósito o para qué, definido desde el objeto natural externo en sí interno, es parte del propio investigador, es el producto de su accionar histórico; que el compromiso que adquiere el investigador, aún con un objeto natural, es un compromiso con su ser objetivo universal. Si esto ocurre con la naturaleza como objeto de investigación, existe mayor razón para sustentar similar comportamiento con los procesos sociales-institucionales, debiéndose aclarar que al ser estos últimos productos eminentemente humanos, no son únicamente transformables, sino también revolucionables.

A partir de lo expuesto, es posible afirmar que debido al carácter transformador y revolucionador histórico del accionar humano sobre la naturaleza

3 Schmidt, A. *El concepto de naturaleza en Marx*. México: Siglo XXI, 1976, p.46.

y la sociedad, los beneficios esperados por la realidad u objeto de estudio con el que se enfrenta el investigador en un momento dado, son necesariamente de su responsabilidad. Entonces, el investigador asume la obligación de encontrar los caminos adecuados para la transformación del objeto, no únicamente por la imposibilidad de que éste hable o proponga sus propias pautas, sino porque históricamente el hombre ya ha venido diseñando los senderos por los que deben caminar la naturaleza y la sociedad. Queramos o no, en nuestra odisea por la vida y por el hecho de vivir, consciente o inconscientemente, hemos dejado nuestra impronta humanizadora o de barbarie por doquier; todos los posibles objetos de investigación son nuestros, tienen nuestro sello, tienen un sentido impuesto por el hombre que a veces es el sinsentido total y la negación de nuestra propia calidad humana... pero, constituyen nuestro compromiso, porque son nuestro pasado y porque tienen necesariamente que ser nuestro futuro como sueño de una historia alternativa. Y si es que hablo de futuro, entonces el compromiso del investigador relacionado con la transformación del objeto no solamente está determinado por su accionar histórico anterior, sino por la factibilidad de proponer, con el objeto de investigación, la forja, para mañana, de algo así como una pintura que anuncie un amanecer, como un contrasentido utópico de humanidad; o, por el contrario, tiene la posibilidad de proponer que el objeto integre un plan de mayor negación de la humanidad y de apoyo a la barbarie o irracionalidad capitalista.

El compromiso del investigador surge entonces como una decisión por apropiarse del objeto a

través del pensamiento, pero ese proceso de apropiación debe responder a un para qué; dicho en otra forma, la actividad teórica no es más que un momento constitutivo de la praxis social material, puesto que los objetos y sujetos se constituyen dentro de la actividad real, dentro de la praxis humano-social. En este sentido, el beneficio o conocimiento que el investigador intenta obtener de este convenio no puede basarse en su proyección utilitaria, no puede basarse en los objetivos que establezca desde un ámbito eminentemente singular, sino desde su particularidad determinada socialmente, esto es, desde el yo y sus circunstancias actuales y heredadas, y desde su compromiso de forjar un significado o sentido práctico en el futuro.

Así como es esencial que el investigador se comprometa con la necesidad de comprender las leyes de los procesos objetos de estudio para activar su transformación, es, por otro lado, fundamental que se comprometa con una forma de aproximación activa, crítica, consciente, deliberada e integral frente al objeto, porque ésta es la única manera de asegurar una cabal comprensión de su movimiento, al mismo tiempo que desarrolla su propia potencialidad humana e investigativa.

Surge, en esta forma, una nueva responsabilidad del investigador, relacionada con el proceso mismo de investigación, porque una propuesta basada en el intento por comprender las leyes de los procesos con miras a buscar la transformación de la realidad, entraña, al mismo tiempo, una profunda redefinición epistemológica.⁴ Es imposible utilizar encuadres de tipo empirista o

4 Un tratamiento más profundo sobre este punto se hace en algunos trabajos del CEAS: Breilh, J. *Epidemiología: economía, medicina y política*; Breilh, J. y Granda, E. *Investigación de la salud en la sociedad*; Campaña, A. *La construcción del objeto personalidad*; Granda, E. *La construcción de la imagen del objeto*; Breilh, J. *Epidemiología entre fueros*; Breilh, J. *Reproducción social y salud: construcción del pensamiento y debate*; Granda, E. *Método epidemiológico: conocimiento y política*; CEAS. *La construcción del pensamiento en medicina social*; CEAS. *Módulo de docencia en investigación*. Además, el trabajo de Juan Samaja, *Dialéctica de la investigación científica*. Argentina: Helgero Editores; 1987, constituye un aporte muy importante para la comprensión del método dialéctico en la investigación médico-social.

formalista para cumplir con este objetivo, éstos tan solo nos permiten llegar a la comprensión parcial del problema. El empirismo y todas las corrientes derivadas, entre ellas la fenomenología, reconocen la supremacía del objeto, al que fetichizan atribuyéndole la capacidad de que hable o dictamine por sí solo su verdad. El empirismo no reconoce que el objeto únicamente muestra sus características más superficiales mientras esconde su esencia, esto es, esconde la explicación de su existencia, de su génesis, de sus relaciones con el resto de procesos que lo producen y atraviesan; desconoce que aquellas relaciones y determinaciones no son sensorializables, sino que únicamente pueden ser comprendidas a través de los ojos de la razón, a través del pensamiento basado en una sólida teoría científica que reflexiona sobre aquellas características del objeto, que descifra su significado, y que rompe con la pseudo independencia de las cosas, encontrando sus relaciones. El empirismo deja entonces de lado el carácter activo del conocimiento científico. No reconoce que aun las características más superficiales del objeto no son registradas en igual forma por todos los investigadores, sino que la sensopercepción de las mismas depende de la praxis del investigador, de su historia, de su punto de vista, de su conciencia de lo que quiere ver y para qué quiere ver en un mundo práctico-social que determina sus intereses y forma de ver. Es decir, que el investigador produce activamente la sensopercepción del objeto y la produce en un mundo donde el investigador y el objeto son, al mismo tiempo, una parte de la totalidad relacional de procesos determinados socialmente. El investigador tiene entonces el compromiso de reconocer que debe comenzar por observar las características más superficiales de la parte

para luego buscar creativamente (activamente) las relaciones con el resto de procesos que la rodean, y debe reconocer que aquellas relaciones y determinaciones las encuentra a través de un esfuerzo de interpretación basada en el pensamiento que, enriquecido por la teoría, busca un sentido. En otras palabras, el investigador tiene la obligación de adoptar una forma de aproximación dialéctica, porque “la generación de la razón humana obedece a un curso dialéctico, pues representa apenas un detalle en el conjunto de las transformaciones y creaciones ocurridas en la evolución de la realidad...”,⁵ único camino para superar las limitaciones del empirismo y aquellas inherentes a la aproximación formalista o racionalista, que, en cambio, privilegia el papel del pensamiento y de la teoría, entregando unilateralmente al sujeto-investigador la capacidad de construir autónomamente el conocimiento, como dice Echeverría: “... la inconsecuencia del discurso idealista-racionalista consiste en que (...) reduce la noción de objetividad a la que un proceso emanado del acto en que el sujeto *pone* al objeto”.⁶

Si el investigador acepta el compromiso de conocer para transformar, implícitamente acepta, además, el reto de adoptar un discurso estructuralmente crítico, en el cual la verdad o positividad del conocimiento sobre la realidad radica en el poder de transformación práctica que tiene ese conocimiento producido; de allí que la teoría sobre el objeto debe ser necesariamente criticada y sustituida por la teoría sobre lo que debe ser el objeto;⁷ al mismo tiempo, la teoría sobre el objeto es confirmada como verdadera en la medida en que se transforme en fuerza o poder que permite criticar y negar o transformar al objeto para que éste llegue a ser distinto, permitiendo

5 Vieira Pinto, A. *Ciencia e Existencia*. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

6 Echeverría, B. *El discurso...* Op. cit., p. 26.

7 El deber ser no se establece desde la subjetividad del sujeto investigador sino desde la propia praxis “en tanto objetivación del hombre y dominio de la naturaleza como realización de la libertad humana”. Kosik, K. *Dialéctica de la naturaleza*. México: Grijalbo; 1976. “La posibilidad de conocer supone la de actuar conscientemente, de acuerdo con finalidades preestablecidas, pues no existe otra forma de adquirir nuevos conocien-

en esta forma la génesis de un nuevo objeto que requiere una nueva teoría. Este planteamiento nos lleva a considerar que la problemática del conocimiento no gira alrededor de una supuesta verdad que existe como una atracción a la que se llega solamente a través del adecuado pensar y del uso de técnicas simples o sofisticadas, sino que la problemática central del conocimiento radica en la verdad de la construcción de lo humano mismo. Es decir, en la necesidad de descubrir la forma en que las distintas fuerzas sociales y naturales existentes posibilitan la forja de un mundo humano social, en la necesidad de movilizar prácticamente los instrumentos y recursos necesarios para activar la producción de la vida humana, en la necesidad de detener el desarrollo de aquellos factores y elementos que impiden su avance. En esa medida, el proceso de investigación es, al mismo tiempo, una actividad técnica mediante la cual el sujeto-investigador elabora críticamente sus preguntas, escoge sus instrumentos, observa determinadas características, mide las variaciones, analiza los resultados, etc., comandado por una clara idea de cómo debe ser en el futuro ese objeto-problema que intenta transformar. La investigación es, por lo tanto, registro, comprensión y transformación del ser a partir de lo que debe ser. La investigación es conocimiento y política, y aún más, es primero política, interpretada como propuesta adelantada en el tiempo sobre la organización de la sociedad, con miras a la supervivencia de lo humano mismo, propuesta que integra en su interior al objeto problema como parte relacional de un todo; luego, es conocimiento de los elementos necesarios para el cumplimiento de dicho propósito, y, al mismo tiempo, práctica transformadora.

Según Bachelard, "... el vector epistemológico se mueve de lo racional a lo real y de ninguna manera a la inversa, de la realidad a lo general, como sostenían todos los filósofos desde Aristóteles hasta Bacon".⁸ A partir de lo que venimos sustentando, es fundamental indicar que ese *racional* de Bachelard no es un ente abstracto, existente desde siempre y que se halla depositado en la lógica formal, sino que es un *racional* activamente generado, es un concreto de pensamiento de lo que puede ser el mundo humano social construido racionalmente por el hombre, es un *racional* producto del análisis de la praxis social que "... funda toda relación sujeto-objeto, (porque) es ella misma proceso de constitución de sentido en lo real".⁹ En esa medida, no es lo racional el punto de partida para la investigación, ni tampoco es el objeto empírico el que "habla por su propia boca", sino que es la praxis social interpretada como concreto de pensamiento que se mueve desde el presente: lo que es, hacia el futuro: lo que debería ser, y transforma críticamente al conocimiento en sí en conocimiento para sí.

El compromiso del investigador surge, entonces, como lucha por la supervivencia de lo humano mismo y como parte de esa lucha debe ser ubicado el significado del objeto de estudio. El momento del conocer no se halla separado del momento del hacer, sino que ese hacer comprometido guía la búsqueda de conocimientos que, a su vez, se transforman en guía para dicho hacer. Del encargo o responsabilidad más importante del investigador constituye, bajo el planteamiento que hemos venido desarrollando, luchar por la transformación de la realidad, porque ésta es, además, la única forma de transformar el

tos. Luego, la adquisición de éstos y principalmente su modalidad más perfecta, cual es la investigación científica, está obligatoriamente fundida a una finalidad que es la prefiguración, en idea, los resultados provechosos esperados". Vieira Pinto, A. *Ciencia y...* Op. cit. p. 220-221.

8 Bachelard, G. *Le nouvel esprit scientifique*. Mencionado por Bourdieu, P. y col. *El oficio de sociólogo*. México: Siglo veintiuno; 1978 (segunda edición).

9 Echeverría, B. *El discurso...* Op. cit., p. 28.

método, la teoría existente como ciencia y su propio ser.

Al principio dijimos que el investigador esperaba ciertos beneficios de este convenio con la realidad y habíamos indicado que uno de los beneficios era el apoderarse del objeto a través del pensamiento y reproducir su movimiento. Además, habíamos indicado que se trataba, tan solo, de uno de los beneficios, porque había otros que no analizamos y que ahora estamos preparados para abordar, guiados por lo que decimos en el párrafo anterior: que la lucha por la transformación de la realidad constituye la única forma de asegurar la propia transformación del investigador. En efecto, la apropiación del objeto de estudio por medio del pensamiento no constituye un simple ejercicio intelectual y no puede darse desde el empeño filosófico de interpretarlo, sino desde el requerimiento de transformarlo,¹⁰ aspecto que ya ha sido abordado anteriormente. De lo que se trata en este momento, es de discutir sobre el compromiso que tiene el investigador en defender, en el trabajo investigativo, su propia transformación, su propia superación.

Partimos del planteamiento de que todo hombre debe luchar por la conservación y desarrollo de su esencia humana, cuyos valores fundamentales están representados por el trabajo como objetivación, la socialización, la conciencia, la universalidad y la libertad.¹¹ El trabajo científico posiblemente es uno de los que mayores potencialidades tiene para la forja de la esencialidad del investigador, pero al desarrollarse el quehacer científico como trabajo alienado y al hallarse atravesado por la ideología dominante que toma vida y ejerce un peso determinante en la propia teoría científica, en el método y en las técnicas, termina transformándose en una actividad profundamente enajenante que destruye

las posibilidades de obrar en el avance humanizante del propio investigador. La investigación dependiente propone al investigador un compromiso tecnocrático, lo obliga a respetar la sacrosanta verdad de las recetas que describen procedimientos elaborados en las cúpulas del saber transaccional transformándolo, en esta forma, en un repetidor de lo dicho y en un validador de lo ya elaborado. En contextos más desarrollados le propone un compromiso racionalista, le hace partícipe en la construcción de la ciencia dominante y le ofrece un puesto en el cenáculo que legaliza el conocimiento producido, pero el compromiso del investigador no es ni tecnocrático ni racionalista, sino que es un compromiso con la transformación de la realidad. Solamente cuando esto ocurre, el investigador cumple con un trabajo en el cual su esfuerzo se plasma en la construcción de ideas y acciones humanizantes, las que al mismo tiempo viabilizan el ejercicio de su libertad interpretada como la interiorización y lucha por la efectivización de las leyes objetivas y subjetivas, así como el logro de su conciencia y la participación en la construcción de su sociedad. En esta forma es posible lograr lo que Vieira Pinto interpreta sería la figura perfecta del hombre de ciencia, quien “concretiza en su persona una unidad de contrarios: por el trabajo práctico que realiza es el descubridor de nuevos hechos y por el trabajo teórico que elabora es un creador de nuevas síntesis explicativas de dominios cada vez más amplios de la realidad”,¹² pero además participa en la construcción del mundo humano social, participa en la reconstrucción de su gregariedad perdida, “... ser cientista hoy en día, aun en el sector de conocimientos aparentemente más humilde y oscuro, menos ‘comprometido’, significa, en verdad, participar en una lucha histórica que no depende de una persona, individualmente, mas representa la necesidad inherente al proceso que a todos envuelve”.¹³

10 Marx, K. *Tesis “ad Feuerbach”*. Buenos Aires: Editorial Ciencias del Hombre; 1973.

11 Markus, G. *Marxismo y antropología*. Barcelona: Grijalbo; 1974.

12 Vieira Pinto, A. *Ciencia y Existencia*, Río de Janeiro: Paz e Terra; 1979, p. 75.

13 Vieira Pinto. *Op. cit.*, p. 317.

Hemos analizado el término *compromiso*. Hemos encontrado que la investigación científica genera un profundo compromiso entre el objeto de estudio y el sujeto-investigador. Que el sujeto-investigador es, en última instancia, el que debe interpretar y operacionalizar tanto los beneficios que espera el objeto, como aquellos a que aspira él como investigador. Hemos comprendido que los beneficios esperados por el objeto se identifican con los del sujeto-investigador, en otras palabras, hemos hallado que existe un solo propósito, un solo para qué que se sintetiza en el término *transformación humanizante* de todo lo que nos rodea, porque lo que nos rodea y parece encontrarse por fuera de nosotros, totalmente independiente de nuestro ser, es parte de nosotros mismos, es nuestro segundo cuerpo, es nuestra corporeidad objetiva. Nuestra corporeidad inorgánica transformada por nosotros mismos, por nuestra corporeidad orgánica o subjetiva. En esta medida, cuando miramos las cosas que nos rodean, no son cosas que existen al margen de nosotros sino que son parte nuestra, porque son cosas que en algún momento se cargaron de nuestra fuerza de trabajo, se cargaron de humanidad y se transformaron en elementos útiles para la constitución de nuestra subjetividad, para la transformación de nuestro ser biológico-social, y en ese momento esas cosas se subjetivaron y pasaron a ser parte de nosotros. El sujeto investigador tiene, por lo tanto, un compromiso vital, un compromiso humano, un compromiso social con la realidad que parece que lo rodea pero que en realidad lo produce a él mismo como ser humano. Aquel es el compromiso fundamental del investigador, todos los demás son derivados o complementarios.

Pero los organizadores de este evento nos han encomendado que analicemos el compromiso social de la investigación en salud. Nos piden que llevemos a cabo una reflexión particular en este campo. La investigación en salud no escapa a este compromiso general que hemos analizado anteriormente, aún más, se potencia inmensamente, porque estamos directamente en contacto con la vida, con lo humano, porque desde

siempre, desde nuestro origen como shamanes hemos tenido ese encargo de medicar, de cuidar la vida, de preocuparnos por el hombre. Anteriormente, cuando fuimos shamanes, se nos encomendó cuidar al ser humano en forma integral, la comunidad nos instruyó que debíamos estudiar su ser biológico-individual y su esencia social. Allí aprendimos que la salud y la enfermedad eran producto de las condiciones de vida de la tribu, que el exceso de trabajo producía enfermedad y que la falta de alimento también, pero sobre todo comprendimos que sin un adecuado *metabolismo* entre el individuo y la naturaleza, entre el individuo y la comunidad, no podía producirse salud y vida. Que solo podía forjarse la vida cuando el hombre se apropiaba de la naturaleza y comunitariamente la transformaba, que la posibilidad de vida estaba precedida por la propiedad y por la pertenencia a la comunidad. Aquello que aprendimos hace tanto tiempo parece que lo hemos olvidado y, si es que lo recordamos, nos obligan a olvidarlo, nos piden que seamos modernos, que adecuemos nuestro pensamiento a la realidad actual. Que en este momento no hay necesidad de pensar en aquellos aspectos esenciales, que con la tecnología lo superaremos todo, que no hay necesidad de pensar en lo humano, en lo comunitario, en el logro de nuestro carácter gregario fundamental, que no es conveniente pensar en que debemos intentar ser propietarios de nuestros países, de nuestra tierra, de nuestra cultura, de nuestra historia y por tanto de nuestro ser. Que construyamos nuestra salud y vida sin ser dueños de nuestra propia vida, que construyamos nuestro destino sin ser dueños de nuestro propio futuro y, sobre todo, que lo construyamos en una infinita soledad, sin que podamos encontrarnos como hermanos latinoamericanos, porque el imperialismo nos lo impide, sin que podamos encontrarnos como hermanos dentro de nuestro propio país, porque la barbarie de este modo de producción capitalista dependiente nos aleja, nos separa, nos llena de terror, nos enferma, nos impide acumular fuerza para conquistar la salud y la vida.

El compromiso del investigador en salud radica, en primer término, en no ver las cosas malas como menos malas ante la posibilidad de la existencia de lo peor, sino en reconocer que en este momento de barbarie es cuando más claramente podemos registrar la irracionalidad de la sociedad en que vivimos y la falta de sentido de este mundo forjado por el poder imperante. El compromiso del investigador en salud radica, entonces, en la búsqueda de sentido a través del trabajo mancomunado con las fuerzas democráticas, para la consolidación de un proyecto humanizante en salud, comandado por nosotros mismos, esto es, por el pueblo y por los que estamos junto a él. Para encontrar un sentido a lo que hacemos, debemos darnos la vuelta hacia la historia y reconocer lo que fuimos, rescatar nuestros valores, nuestra cultura y, en simbiosis con lo que tenemos que establecer, los caminos posibles por donde deambular.

Pero, ¿qué es lo que tenemos? Tenemos la fuerza popular a ser concientizada, a ser movilizadora para el control de las acciones y servicios de salud, y al mismo tiempo tenemos un horizonte más amplio de visibilidad sobre lo que debería ser nuestra salud y nuestra vida. Si nuestro compromiso como investigadores es lograr la transformación de las condiciones de salud de la población, es importante tener una imagen o un concreto de pensamiento adelantado en el tiempo de lo que debería ser la salud en condiciones en que el hombre tenga un dominio más humano de la sociedad. Los avances en el campo teórico de la epidemiología brindados por Cristina Laurel y el grupo de Xochimilco, por Ana María Tambellini y el grupo de la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, los propuestos por Jaime Breilh y el grupo del CEAS, por Vasco Uribe y

Franco Agudelo, y el grupo de Salud-Colombia, y por innumerables investigadores, sobre todo latinoamericanos, brindan elementos de base para profundizar el trabajo teórico tendiente a lograr una pintura más clara de un deber ser en salud que sirva de guía para nuestra investigación. Considero que, en el campo teórico, estamos comprometidos a ampliar aquellos esfuerzos que se han cumplido en los últimos veinte años, debemos profundizar en el conocimiento de procesos particulares relacionados con el área del trabajo femenino, del trabajo infantil, del trabajo no fabril relacionados con la salud; debemos profundizar el análisis de la problemática del consumo y de la salud, de la organización política y la salud, del espacio y la salud, y de la propia biología y la salud, aspecto que requiere, en este momento, un nuevo esfuerzo teórico tanto de los investigadores del área biológico-individual, cuanto de los que trabajan en el campo de la salud colectiva, para integrar los hallazgos y facilitar el avance en la investigación en salud.¹⁴ Es decir, si nos apropiamos críticamente de la teoría en salud elaborada por la medicina social latinoamericana y de los nuevos avances ocurridos en otros campos, podremos cumplir con aquel aspecto del que hablamos anteriormente, con la necesidad de transformar la teoría y el método, así como transformar nuestra propia calidad óptica de investigadores, porque al abordar críticamente la teoría estamos en capacidad de producir una doble negación dialéctica: **a)** negamos la teoría constituida, ya sea porque la rectificamos o porque llenamos su *esqueleto* general de *carne* o contenido particular, descubrimos nuevos caminos metodológicos y rectificamos elementos técnicos o creamos nuevos y, al mismo tiempo, **b)** negamos dialécticamente nuestro conocimiento ideológico inicial para

14 Los aportes de Laurel, C. y Noriega, M. en su libro *Salud en la fábrica*, y los trabajos de Breilh, J., especialmente *Reproducción social y salud: construcción del pensamiento y debate*, constituyen una muestra importante de un nuevo esfuerzo por lograr una interpretación más profunda de lo social y lo biológico. Además, los trabajos contenidos en el documento *Desarrollo de la medicina social en América Latina*, que próximamente publicará ALAMES-OPS, constituyen una excelente revisión del estado del arte de la medicina social.

pasar a ser conocedores más profundos de esa realidad que intentamos transformar, transformándonos nosotros mismos, ya que pasamos de conocedores parcelarios de la realidad a militantes por su cambio.

Los avances de la epidemiología crítica nos dan los elementos para conformar el concreto de pensamiento futuro de la salud de nuestros pueblos y además nos permiten conocer con mayor veracidad las determinaciones y relaciones de la situación actual de salud de nuestras poblaciones. Pero no solamente es necesario indagar sobre las condiciones de salud, sino que también requerimos del conocimiento de los medios que apoyen los cambios requeridos. Es fundamental que la propia población asuma conscientemente el compromiso de su salud. Necesitamos enriquecer con la ciencia sus reivindicaciones en este campo, es decir, apuntalar científicamente las luchas de los obreros, campesinos, pobladores de los barrios populares, organizaciones de mujeres, etc., alrededor de la salud y la vida, en este momento de crisis,¹⁵ buscando, al mismo tiempo, cambiar su interpretación ideologizada sobre el proceso salud-enfermedad: se requiere que el obrero comprenda que solamente a través de su control consciente del proceso de trabajo será posible disminuir los riesgos y enfermedades ocupacionales; es fundamental que la población interprete que salud es: vivienda y alimentación adecuadas, cuidado de la naturaleza, comunicación social reproductora de la cultura, educación liberadora, solidaridad humana, posibilidad de ejercicio político y, sobre todo, que salud es activa lucha por la salud y por la vida.¹⁶

Se crea, así, una problemática que no conocemos en profundidad, todavía no se ha avanzado suficientemente en el conocimiento de cómo

la población forja su saber en salud, de cómo constituye sus hábitos y comportamientos. Las investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud (CAP) que fueron desarrolladas anteriormente, por lo general, se planificaron para dar respuestas unilaterales a requerimientos estatales o transnacionales. De lo que se trata, en este momento, es de comprender cómo las necesidades en salud pueden dar campo al surgimiento de un planteamiento reivindicativo, primero, y luego, de búsqueda de autarquía por parte de la población. Es imposible concebir que podamos alcanzar grandes avances en el campo de la salud si es que no conseguimos que la colectividad, con el apoyo de los profesionales técnicos y trabajadores de la salud, proponga y lleve a cabo una nueva alternativa de organización de los servicios que rompa con el actual encuadre ineficiente e ineficaz, que en lugar de dar respuesta a las necesidades populares, da respuesta a los requerimientos de aquellos que controlan el poder hegemónico. Además, debemos analizar cómo la conciencia y movimiento en salud se articulan con el resto de aspectos que constituyen la lucha social más amplia, donde la propia racionalización de los servicios de salud existentes constituye parte de ella, racionalización considerada como una opción de que el pueblo y los trabajadores de salud participen en la constitución de un servicio de salud más humano. Importantes avances ha hecho la medicina social en su intento por comprender la práctica oficial en salud. Juan César García¹⁷ es uno de los iniciadores y posteriormente avanza la producción latinoamericana en este campo con mucha fuerza, a través de investigaciones que se llevan a cabo en diferentes países de América Latina,¹⁸ en ellas se analizan las relaciones existentes entre el Estado y los servicios de salud y sobre

15 Un excelente análisis del deterioro de la salud en el último decenio lo hace Breilh, J. Deterioro de la vida en el *Decenio perdido: El desconcierto de la salud en América Latina*. Ponencia para el Seminario sobre Ciencia y Tecnología de la Salud. Caracas: CENDES; 1990.

16 CEAS. *Elementos para una política de salud*. Quito: CEAS; 1990.

17 García, J. *Medicina y estructura social*. República Dominicana: SESPAS; 1980.

18 ALAMES, OPS. Op. cit.

todo se profundiza el conocimiento sobre las políticas sociales y de salud; con estos elementos y con los nuevos que surjan de nuestro trabajo, tendremos que constituir los planteamientos sobre una propuesta alternativa en el campo de la salud. El Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileño constituye una excelente experiencia que nos está brindando elementos para el debate y organización de acciones en este ámbito, en toda América Latina, mientras que el sistema de salud cubano y sobre todo su programa revolucionario del Médico de la Familia aparecen como lo que podríamos los pueblos latinoamericanos alcanzar, cuando logremos ser dueños de nuestro presente y nuestro futuro.

Existe, además, otro compromiso por parte de la investigación en salud, en lo que hace referencia a las innovaciones necesarias en el campo de la docencia y formación de recursos humanos. Las universidades que a finales de la década de los sesenta y a inicios de la década de los setenta jugaron un papel tan importante en la elaboración teórico-metodológica comprometida en la difusión de conocimientos progresistas, en el apoyo a los movimientos democratizantes y en la multiplicación de personal con una mentalidad amplia y científica, parecen haber caído en un paréntesis tecnicista y de falta de creatividad. Los nuevos conocimientos sobre la educación escolarizada generados en el seno de la medicina social latinoamericana¹⁹ deben ser acicate importante para una reorganización de esfuerzos tendientes a profundizar nuestro conocimiento en este campo y para dinamizar la reforma educativa.

Ahora, más que nunca, los investigadores en salud tenemos el deber y el derecho a defender y profundizar el avance científico logrado, porque como dice Breilh:

“Lo que marca la diferencia sustancial del movimiento en medicina social latinoame-

ricana respecto a las escuelas convencionales no es, como algunos lo comprenden, el buen uso o utilización progresista de los mismos conceptos, técnicas y líneas programáticas de la vieja salud pública, ni es tampoco la adaptación ‘tercermundista’ de modalidades simplificadas y hasta ‘folclóricas’ del saber y la práctica forjados en los centros imperiales —una especie de ciencia de segunda para pueblos subordinados—, muy en boga en esta época de las ‘revoluciones conservadoras’. Por el contrario, esta vertiente innovadora surge alrededor de la adopción de un pensamiento emancipador que ha roto las amarras conceptuales y político-ideológicas de la salud pública positivista y fenomenológica de Norteamérica y Europa. Es, por tanto, una expresión particular de la lucha por la autarquía, significa el crecimiento y profundización especializada de una revolución filosófica que hasta años recientes se había mantenido lejos o en la periferia de los campos técnicos (...) arranca de la construcción objetiva de la realidad y de un nuevo tipo de vínculos con el pueblo”.²⁰

Si bien el nuevo pensamiento en salud forjado por la medicina social surge emancipadoramente, rompiendo las amarras positivistas y fenomenológicas, sin embargo, en los actuales momentos, la fenomenología opone seriamente todo el esfuerzo desarrollado por el pensamiento de la medicina social. Para esa corriente,

“no se requiere conocer los determinantes de la práctica médica oficial porque ésta es iatrogénica, no se necesita comprender los determinantes y relaciones de la educación escolar porque ésta es abstracta, represiva y poco relacionada con la realidad, en su lugar debe introducirse la educación des-escolarizada, lo cual lleva a la conclusión

19 CEAS. *La construcción del pensamiento en Medicina Social*. Quito: CEAS; 1990.

20 *Ibidem*, p. 34.

que la lucha por las reformas y cambios al interior de la escuela y el hospital-escuela son intrascendentes. No se requiere conocer los determinantes generales sobre el proceso salud-enfermedad porque aquellos no existen, tan solo hay que fortalecer las estructuras mediadoras representadas por la familia, la etnia, la religión, etc., y no tocar los aspectos ligados con el trabajo y la producción porque nada tienen que ver con la salud, y si lo tienen, no interesa a la burguesía que lo tomen en consideración. No se requiere reformular el método, criticar y ubicar a la lógica formal dentro del método, dar posibilidad a la dialéctica, porque la intuición repetitiva la sustituye. No es conveniente conocer el intrincado mundo de la ciencia y sus relaciones porque no existen leyes de lo social, porque no es posible fundar un encuadre nomotético sino tan solo ideográfico, con lo cual, de un plumazo, también se desconoce la posibilidad de la transformación social y se desvaloriza el

empeño que la medicina social viene desarrollando con el fin de apuntalar, desde el plano particular, el intento de transformación general, al mismo tiempo que descubre las bases de su propia transformación”.²¹

La investigación científica comprometida tiene que avanzar como contradiscurso, en lucha contra el saber dominante positivo o normal, y ocupar su lugar, pero al mismo tiempo, debe defender los espacios que va conquistando impidiendo su deformación, “... en medio de una confusión universal, no se sabe lo importante que es tener la cabeza clara, la mente clara y las ideas claras”.²² Estamos, sin lugar a dudas, viviendo una época de confusión universal, pero debemos tener la claridad de reconocer que continúa vigente el encargo que nos hizo el pensamiento revolucionario del siglo XIX, esto es, luchar por la supervivencia de lo humano mismo. Este encargo es responsabilidad de todos, incluye a los investigadores.

21 *Ibíd.*, p. 28

22 Castro, F. *Discursos*. La Habana; 1990.

Artículo 3

Algunas reflexiones sobre la concretización y contextualidad de la realidad en la investigación-acción en salud colectiva*

En septiembre de 1988 redactamos un artículo para los asistentes al IV Curso Internacional sobre Investigación Colectiva, organizado por la Facultad de Ciencias Médicas y el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), al cual nominamos *Construcción de la imagen del objeto en la investigación en salud colectiva*. En ese momento considerábamos que la teoría del “reflejo”¹ era la que mejor podía apoyar nuestro empeño. Más tarde cambió el nombre por Construcción de pensamiento y por último se llamó *Elementos sobre la reproducción racional y espiritual de la realidad en la investigación en salud colectiva*. Diferentes lecturas y experiencias cambiaron el nombre, pero no modificaron sustancialmente el contenido del trabajo. Solo cuando tuvimos que abocarnos a la creación de la Escuela de Salud Pública del Ecuador, la reflexión colectiva nos llevó por nuevos derroteros y nos encontramos, desde la práctica, demandando al método de investigación que habíamos aprendido y desarrollado aspectos que posiblemente no puede cumplir. “El mundo en que vivimos es

demasiado complejo para ser comprendido por teorías epistemológicas generales”² y, además, es posible confirmar que la ciencia siempre se está haciendo, por lo que todas las metodologías tienen sus límites y pueden ser aplicadas dentro de ámbitos específicos.

En los doce años de actividad investigativa había adquirido un serio y al mismo tiempo ingenuo convencimiento de que el método de investigación epidemiológico, al que conocíamos como el método, era el único pasaporte válido para organizar la práctica en salud: sin conocimiento científico no existe la posibilidad de una práctica científica. En el artículo que menciono justificaba la validez del conocimiento científico como requisito único e indispensable para la práctica científica porque solo con éste se podría comprender al objeto de estudio como parte de un todo y como producto de la historia, y en esa medida era posible predecir su futuro comportamiento, elemento fundamental para la transformación científica de la realidad: si se conoce la

* Documento que intenta rescatar las discusiones sobre el método llevadas a cabo en el Comité Organizador de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador (1993). Este documento podría apoyar el empeño de los estudiantes en la construcción de los problemas de investigación-acción en que se hallan comprometidos. Además, podría dar base para la discusión y elaboración de un documento más acabado a través de reuniones de grupo y trabajo de tesis. Es conveniente indicar que este documento intenta reflejar una discusión inicial inacabada que tiene que ser necesariamente completada.

- 1 El término *reflejo* no traduce la complejidad del conocimiento científico, ya que el conocimiento tiene la característica de ser producido o construido y nunca es simplemente un reflejo. La parte activa, subjetiva del conocimiento, no es suficientemente considerada en el término *reflejo*.
- 2 Vasilachis de Galindo, I. *Métodos cualitativos I: los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina S.A.; 1992.

forma como se comporta “a” en el presente y se comprende al mismo tiempo las razones y determinaciones históricas por las cuales “a” pueda predecir el comportamiento de “a” en el futuro.

La mencionada predicción científica parece ser posible, en alguna medida, en las ciencias naturales, pero no es tan viable en las ciencias sociales: el hombre es un ser autopoyético que forja un mundo lleno de sentido o sinsentido, que busca consciente o inconscientemente la felicidad aunque encuentre constantemente el dolor, que intenta construir un mundo mejor y más justo que bautiza con el nombre de socialismo y, sin embargo, va o vamos construyendo un mundo de barbarie.

La “cosa” está allí, puede ser explicada y si cambia de lugar es porque una fuerza externa o interna la movió. La ciencia puede hacer el cálculo exacto de aquellas fuerzas y del desplazamiento de la “cosa”. Los hombres, en cambio, están allí como producto de su propia historia, que la “hacen no a su libre arbitrio, bajo circunstancias con que se encuentran directamente, que existen y le han sido legadas por el pasado”.³ La cosa y el hombre están allí, pero el hombre hace hoy la historia no a su libre arbitrio, profundamente determinado por su pasado, pero también intensamente condicionado por sus sueños futuros, por sus aspiraciones y deseos, por sus luchas políticas, por su vida de sentido; en cambio la “cosa” tan solo está determinada por el pasado.

La realidad de la “cosa” es muy diferente a la del hombre. La realidad de la cosa es el presente con su pasado y solo existe en el futuro como continuación programada de sus determinantes internos y externos. La realidad del hombre es diferente, es el presente con su pasado y con su futuro, es determinación y potencialidad; es posibilidad de revolucionar su propia programación social a más de transformar la naturaleza y su propio ser biológico como parte de dicha naturaleza. Entonces, el hombre es un ser un tanto

impredecible, es potencialidad de socialismo o, quién sabe, de total barbarie... y por eso mismo ávido de utopías y de nuevos proyectos para alcanzar una vida más humana.

¿Nuevas utopías a ser alcanzadas por una práctica más humana... o práctica científica? Si existe la segunda, obviamente, será muy diferente a aquella práctica científica que es posible desarrollar sobre la “cosa”. En otras palabras, el investigador en ciencias naturales únicamente requiere explicar muy *galileicamente* los determinantes y relaciones de la cosa, y en esa forma es posible predecir qué es lo que probabilísticamente ocurrirá en el futuro con la misma. En cambio, con el hombre y con todo lo que él hace —como por ejemplo, la salud pública— no se requiere únicamente explicar sus determinantes y relaciones ocurridas en el vector pasado-presente, sino que es necesario comprender su propuesta de continuar construyendo la historia en el futuro como sueños individuales y utopías sociales, y como prácticas actuales llenas de ayer y de mañana.

Al haber modificado el quehacer desde la investigación hacia el empeño por organizar, hacer crecer y legitimar una institución que reúna un grupo de gente en una apuesta por seguir construyendo un grano de libertad a través de la lucha en el campo de la docencia, investigación y servicio en salud colectiva, descubrimos cosas tan viejas que se hallaban en discusión desde hace mucho tiempo, pero que por ignorancia personal y por necesidad psicológica de ratificar el valor y eternidad de la ciencia —conforme la interpretábamos— no las habíamos integrado. Es conveniente, entonces, repensar un poco lo que habíamos escrito anteriormente sobre la “construcción de la imagen del objeto”, no únicamente por el afán de autocriticar las propias limitaciones, sino por la urgencia de encontrar espacios para utilizar al máximo la experiencia vivida en la investigación, aplicarla a la administración en salud y buscar espacios de trabajo entre investigadores y salubristas de campo en

3 Marx C. *El dieciocho brumario de Luis Bonaparte*. México: Grijalbo; 1974.

un intento de fertilización cruzada, en este momento de propuestas neoliberales, en el que lo más subversivo parece ser la unidad.

No existe duda de que la ciencia apoya la justicia de la práctica social ya que verdaderamente ayuda a predecir los sucesos del mañana, pero existen tantos acontecimientos sociales que no se pueden predecir, sino que tan solo se los puede prever bajo una lluvia de imponderables. Es obvio considerar que las tasas de mortalidad infantil de los niños ecuatorianos ya no mantendrán la misma velocidad de descenso a causa de la crisis que actualmente vivimos; es posible predecir que nuestros hospitales continuarán deteriorándose ante la arremetida privatizante y el recorte presupuestario en el sector salud, pero no es posible predecir científicamente cómo van a comportarse las fuerzas sociales progresistas que posiblemente serán las únicas que podrán impedir el constante deterioro de la salud y de los servicios, sino que solo se podrá prever su comportamiento desde la lucha política, desde los esfuerzos que hacemos hoy por participar en la forja de una voluntad colectiva para elevar la salud de la población, la potencialidad de su organización y movilización. Gramsci explica este problema en la siguiente forma:

“... lo único que se puede prever ‘científicamente’ es la lucha, no en sus momentos concretos, que solo puede 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 ese resultado ‘previsto’. Consiguientemente, la previsión no es un acto científico de conocimiento, sino expresión abstracta del esfuerzo por crear una voluntad colectiva”.⁴

¿Nos ubicamos ante una contradicción? En la práctica política, en el quehacer transformador humano, la previsión es únicamente expresión abstracta del esfuerzo por crear una voluntad colectiva; mientras que en la investigación la previsión es un acto científico de conocimiento... Entonces: ¿no existe investigación transformadora en salud colectiva? ¿Es posible la praxis científica en este campo? ¿Hasta dónde es posible hablar de investigación-acción? ¿Es factible que la investigación en salud colectiva integre la voluntad popular como elemento de su reflexión en el proceso de aprehensión? ¿Se puede lograr que la lucha en el campo de la salud lleve a cabo un proceso de previsión basado en la síntesis de voluntad y conocimiento científico?

En el plano de nuestro trabajo más particular, las interrogantes surgen alrededor de la integración de la epidemiología y la administración. Sin lugar a dudas, el desarrollo de la investigación epidemiológica es notorio en el país. Los avances metodológicos del CEAS son importantes y podrían dar una respuesta a los requerimientos que ahora surgen desde la administración con miras a proponer un fortalecimiento de los requerimientos de reforma sanitaria, de defensa de lo público, de lucha en los ámbitos del trabajo y del consumo, en fin, de transformación de la salud de la población ecuatoriana.

Muchos son los interrogantes. Éstos cubren el ámbito de lo teórico, lo metodológico, lo político. Es imposible en este primer abordaje intentar dar respuesta a todos estos problemas, razón por la que más bien intentamos iniciar un debate tomando como base el mencionado artículo, y a la luz de sus limitaciones reflexionar sobre los aspectos que han sido levantados anteriormente.

Como se había dicho, el trabajo intentaba dar un apoyo a los compañeros que asistían al IV Curso Internacional sobre Investigación en Salud

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

Colectiva. Posteriormente, ha sido utilizado en varios cursos desarrollados por la Escuela de Salud Pública, el CEAS y algunas otras instituciones de docencia. En esa medida, varios compañeros tienen conocimiento sobre el mismo, lo cual facilitaría el empeño por hacer nuevas consideraciones a la luz de cuestiones anteriormente producidas. A pesar de que el trabajo tiene el objetivo específico de guiar un tanto escolarmente a principiantes en el campo de la investigación epidemiológica, permitiría, sin embargo, hacer conexiones entre el pensamiento epidemiológico y los requerimientos que aparecen sobre este campo desde la práctica en salud y desde el quehacer administrativo más específico en el que nos hallamos actualmente laborando.

La construcción del concreto del pensamiento y los requerimientos de contextualización

Consideramos que el artículo tiene alguna validez por sus contenidos y porque es base para la crítica y complementación.

El trabajo inicia en la siguiente forma: cuando el investigador-epidemiológico se acerca a un problema de estudio, éste aparece como objeto, esto es, está fuera de su ser, se mueve, se transforma al margen de su voluntad, al margen de lo que ocurre en su subjetividad.

De lo que se trata en el empeño investigativo epidemiológico es que el investigador pueda aprehender el objeto en movimiento, encontrar las causas o determinantes de por qué está allí, de por qué se comporta de esa manera. En otras palabras, debe forjar en su mente un reflejo subjetivo de la realidad objetiva.

El pensamiento centrado en el sujeto tiene un gran peligro: termina transformando todo en objeto. Si bien, al transformar la salud-enfermedad colectiva en objeto, permite situar a ésta por fuera del sujeto investigador pensante y actuante, sin embargo, se transforma en objeto a un sujeto que no puede ser transformado

realmente en objeto, sino tan solo con miras a explicar su presencia cristalizada. La salud-enfermedad colectiva, por el hecho de ser colectiva, está profundamente unida a su portador social; es producto de un pasado, pero también es la resultante de un futuro eminentemente humano. Son los hombres saludables y enfermos los que producen su propia salud-enfermedad; mas, como necesidad epistemológica, al parar el proceso con miras a comprenderlo como objeto, existe el peligro de que el movimiento se coagule, tan solo, como un producto de la historia a ser comprendido por una razón inclusiva que termina totalizando todos los rasgos en una unidad impidiendo, por otro lado, encontrar las diferencias necesarias para conformar las estrategias de transformación. En otras palabras, la interpretación de la salud-enfermedad colectiva como objeto es una operación a través de la cual se toma una parte de la realidad para explicarla, es una operación mediante la cual se abstrae una realidad que es objeto-sujeto para comprenderla en su parcialidad de objeto.

A través de esta abstracción inicial será posible explicar en mejor forma la relación existente entre el objeto y la totalidad concreta de pensamiento dictaminada por la razón, pero no será posible construir una totalidad concreta y contextualizada de pensamiento para la acción, porque para que pueda ocurrir lo último es fundamental que el objeto de investigación nunca pierda su verdadera característica de sujeto-objeto. Solamente cuando se comprende la realidad social como tal, como sujeto-objeto, es posible entenderla y accionar dentro de ella como producto que produce, como unidad de la diversidad, como estructura estructurante, como totalidad humana y, por lo tanto, diversa, como pasado y futuro que se sintetiza en presente, como lo dado que abre potencialidades. Cuando se comprende la realidad social como objeto, el investigador privilegia el dictamen de la razón, ya que la realidad pasa a ser comprendida como hecho cristalizado, realidad que pierde sus propias fuerzas diversas para el cambio y gana, peligrosamente, las fuerzas dominantes de la razón

que dictaminan la luz y el camino para su transformación. Decimos peligrosamente porque el cambio o la transformación social no depende únicamente de las coacciones de la razón que nunca debe coaccionar, sino de la propia acción que se genera dentro de una interpretación disímil, producto de las particulares formas de vida, trabajo, lenguaje y poder que generan los actores y sujetos sociales que se proyectan llenos de sentido en el futuro. Entonces, si se intenta interpretar la realidad social como una parte de una totalidad de pensamiento racionalmente lograda, no importa que ésta sea transformada en objeto, pero si se trata de buscar su transformación, solo lograremos construir una idea de lo que debe ser y en ningún momento podremos encontrar el poder-ser para lograr dicho deber-ser ya que ese poder-ser se halla en la realidad como sujeto-objeto, se halla en las particulares formas de comportamiento humano que no pueden ser únicamente descubiertas como dictamen de la razón totalizadora sino también en las voluntades que se autogeneran como autoconciencia, como autopoyesis en las formas de vida concretas. Si se comprende esta limitación, posiblemente lograremos construir alternativas para evitar la dictadura totalitaria de la razón que tanto problema, dolor y frustración nos ha causado durante esta odisea por los mares de la

modernidad, pero al mismo tiempo no la terminaremos negando crasamente ni tampoco nos embarcaremos en un rechazo *adialéctico* de la subjetividad,⁵ que nos lleva a abandonar aquellos postulados básicos de autoconciencia, autodeterminación y autorrealización humanas,⁶ en nuestra lucha en el campo de salud pública.

La práctica administrativa en salud pública presenta algunas diferencias, las mismas que vale la pena discutir brevemente. El administrador en salud⁷ parece no encontrar los problemas arriba mencionados, ya que esa clara distinción entre lo “objetivo” y lo “subjetivo” parece que se esfuma. No únicamente le interesan las causas por las cuales el objeto está allí y por qué se comporta de esa manera, sino fundamentalmente cómo dicho objeto debería idealmente comportarse (su característica de ser sujeto) y qué hacer para que ocurra aquello en el futuro. Por otro lado, el objeto en la administración no es tal sino que es también sujeto que opina y plantea una visión diferente o similar a la del administrador. Entonces, el administrador se posiciona al lado de los que están de acuerdo con su visión de cómo deben ser las cosas mañana e intenta neutralizar aquellas opiniones de los que se hallan en desacuerdo con su posición. En esa medida, el administrador se hace parte del objeto

5 Ejemplos de esta negación adialéctica del sujeto y de la razón encontramos en los intentos filosóficos de Nietzsche, en la “dialéctica de la Ilustración”, de Horkheimer y Adorno, en la crítica de la metafísica, de Heidegger, en la crítica al fonocentrismo de Derrida. Los avances teóricos surgidos bajo el manto de estas propuestas han tenido mucho peso en la conformación de los nuevos derroteros que han intentado dar las nuevas elucubraciones en salud colectiva. A pesar de que estos aspectos han servido para lograr un avance en el campo de la salud pública, parece que nos ubican en la necesidad de escudriñar con mayor detenimiento sobre las verdaderas posibilidades que las mismas nos abren.

6 Habermas, J. *El discurso filosófico de la modernidad* (segunda reimpresión). Madrid: Alfaguara S.A.; 1991.

7 El administrador en salud del que hablamos se interpreta como un profesional que en este momento interpreta que la práctica administrativa debe ser realizada con objetos y sujetos, con conocimientos, cosas y voluntades. En esa medida, se interpreta que concibe la administración como un proceso en el que juegan las características humanas. En otras palabras, este administrador ya ha aprendido algo más de las enseñanzas de la administración clásica “científica” o de las propuestas neoclásicas y burocráticas y camina hacia su constitución como antiburócrata.

de investigación y junto con éste pasan a ser sujeto. El objeto que para el epidemiólogo está fuera de su ser, por el contrario, se internaliza para el administrador.

Llegamos entonces a una contradicción, al parecer insalvable, porque el investigador tiene un objeto claro y delimitado y el administrador no lo tiene, porque el investigador puede tener una mirada objetiva y el administrador no puede tenerla, porque el investigador se interesa por descubrir el vector pasado-presente y dar explicaciones de por qué las cosas son así y cuáles son sus determinantes y no tiene necesidad de posicionarse. Mientras que el administrador busca cómo dar respuestas hoy con el fin de apuntalar un mañana diferente (siempre y cuando no sea un burócrata acabado) y en esa forma tiene que aliarse con los sujetos que están de su parte para, en conjunto, producir los cambios posibles y construir poder con miras a desarrollar cambios potenciales, perdiendo en esta forma su posibilidad de ser objetivo. El administrador nunca es portador de la “verdad” como lo es el investigador, tiene que necesariamente compartir su verdad con las verdades de los otros individuos que construyen la suya, y cuando es parte de un sujeto social, debe compartir con los demás sujetos y actores que intervienen en la contienda ya que su interés se encuentra en la posibilidad de que se transforme la situación en una dirección determinada.

Pero esa contradicción no parece ser tan insalvable ya que el investigador se compromete a conocer el objeto para hacer algo con él. No solo se acerca para simplemente conocerlo sino para transformarlo, o para modificarlo, o para que permanezca tal cual es, o para impedir su desarrollo.

Existe, entonces, una actitud del yo, de la subjetividad del investigador que consciente o inconscientemente se plantea un para qué.

Si la actitud es consciente, es producto de la propia decisión del investigador que, impulsado por los determinantes externos e internos que obran para que un problema teórico o empírico se transforme en objeto de interés científico, hace que ese problema surja como objeto de investigación. Entonces, se acerca al problema con sus ojos, con su vida, con su historia; se acerca como miembro de una clase social con sus ideas de cómo es el mundo y cómo debe serlo, se acerca bajo el pedido o demanda social, bajo la acción de fuerza que confluye para que ese problema se transforme en un problema de estudio.

Si no se acerca conscientemente, son esas mismas fuerzas las que actúan sobre su ser alienado. Más, en este caso, se acerca con la interpretación política de otros, con lo que el sistema piensa que debe ser, se acerca con la ideología dominante.

El investigador epidemiólogo tiene también un problema grave con la cuestión de la objetividad. Parece que no puede consciente ni inconscientemente tener una mirada objetiva ya que ve lo que él quiere o lo que los otros quieren que vea. Lo que existe es lo objetual,⁸ pero basta que se lo ponga bajo los sanos deseos de los investigadores por explicar sus determinantes o bajo los intereses de los administradores por comprender su posibilidad presente y su futura potencialidad, ese tal objeto pasa a bañarse en los deseos de esos sujetos y la objetividad se subjetiviza:

“La principal insuficiencia de todo el materialismo tradicional es que (en él), el objeto I, la realidad, la materialidad solo es captada bajo la forma II o de la intuición sensible; no subjetivamente. De ahí que, en oposición al materialismo, el aspecto activo (haya sido) desarrollado de manera abstracta por el idealismo —el cual,

8 Objetual como realidad empírica existente.

naturalmente, no conoce la actividad real, material en cuanto tal”.⁹

Si se hace un esfuerzo por reinterpretar el término objetividad, se podría, con el apoyo del párrafo anterior, interpretar que la característica de objetividad está dada por el carácter activo, material y espiritual de aproximación del hombre a la realidad, y como el hombre se aproxima a la realidad con el afán de explicarla y comprenderla para hacer algo con ella, entonces esa gran lejanía entre el investigador-epidemiólogo y administrador se acorta y se puede aceptar que para ambos existe la objetividad. Si se abunda un poco más en esta problemática, es fundamental ratificar que en la salud pública —al igual que cualquiera de las ciencias sociales— la objetividad se encuentra en la explicación teórica de la realidad estructurada y al mismo tiempo en la propuesta viable de construcción futura de un mundo humano social más justo y libre; la objetividad se halla en la interpretación correcta para hacer algo con una visión y direccionalidad predeterminadas que buscan formas más altas de humanidad.

En esa medida, para el epidemiólogo comprometido con la realidad de su pueblo y que se encuentra en la lucha ideológica bajo el requerimiento de ampliar la base de apoyo teórico-metodológico de un planteamiento antihegemónico, la objetividad se demuestra en su capacidad de ganar espacios contradiscursivos dentro del propio discurso científico y apuntalar en esta forma la lucha por la transformación del discurso e influir en el cambio de vida. En cambio, el epidemiólogo-administrador que se encuentra en los servicios de salud o en la práctica epidemiológica directa en la sociedad, la objetividad

radicará en el avance del proyecto técnico (mejoría de las condiciones de salud) y del proyecto político (conciencia y voluntad popular) así como el proyecto teórico (consolidación de nuevos conocimientos que apuntalen dicha práctica y enriquezcan la teoría epidemiológica general contradiscursiva). En ambos casos, tanto el epidemiólogo-investigador, cuanto el epidemiólogo-administrador “intentan transformar su propia capacidad en proyecto, es decir transformar la utopía en historia”.¹⁰

Lo anterior es parte de una problemática que ha dificultado, en alguna forma, el avance conjunto de los pensadores y hacedores en salud colectiva en el país. Desde la práctica se ha criticado a los investigadores por teóricos y poco objetivos, mientras que desde los cenáculos de la investigación se ha criticado a los hacedores de pragmáticos y por lo tanto de no-objetivos. De lo que se trata, de acuerdo a lo que alcanzo a comprender, es que todavía no tenemos una clara visión o proyecto futuro en el área de salud colectiva, a través del cual podamos establecer estrategias y viabilizar la lucha. Solo así podremos comprender que cualquiera que apoya la viabilización de dicha visión desde distintos ámbitos del saber y del hacer está apuntalando objetivamente el empeño. Solo así podremos llegar a comprender que la verdad absoluta no la tiene nadie, ni se encuentra depositada en algún tratado canónico, sino que la verdad se construye intersubjetivamente como lucha por viabilizar la transformación de la realidad.

De todas maneras, tanto para el epidemiólogo (investigador) cuanto para el administrador, el acercamiento inicial es, entonces, sensorceptivo¹¹ y político, pero al ser político

9 Marx, K. *Tesis sobre Feurbach*. México: Grijalbo; 1985.

10 Zemelman, H. Op. cit. p. 35.

11 “Las sensaciones y las percepciones actúan siempre como punto de partida en los estadios elementales de formación del conocimiento, pero nunca operan solas, y lo que la acción del sujeto cognoscente añade resulta por lo menos tan importante como ellas en la elaboración del conocimiento”, sustenta Piaget, J. “El mito sensorial de los conocimientos científicos”. En: *Sicología y epistemología*. Barcelona: Ediciones Ariel; 1971: 85.

ya no pertenece al plano de la sensopercepción animal sino que de entrada genera juicios perceptivos. El investigador y el administrador comienzan por percibir las cosas o hechos que conscientemente quiere ver u oír, o lo que inconscientemente la ideología dominante le ordena que vea y que oiga, es decir, se acerca con una serie de prenociones, con una información inicial sobre el problema o concreto sensorial¹² y sus relaciones, o, si se quiere, con una intuición práctica inmediata de la realidad. Esto es, nunca se acerca desarmado de conocimientos sino mal armado de una visión unilateral sobre la realidad del producto de una praxis fragmentaria y utilitaria.¹³

Aunque tenga conciencia del para qué quiere conocer el concreto sensorial debe, sin embargo, saber que en su primer acercamiento tan solo puede lograr una representación pobre y superficial para él mismo.

En cuanto al concreto sensorial que aparentemente está por fuera de su subjetividad, solo se presenta al inicio con sus características más superficiales e independientes. En una población andina típica se presenta el objeto como “niños desnutridos”, como “madres anémicas”, como “individuos con bajo nivel educación”, como “limitados medios de comercialización”, como “servicios de salud ineficientes”, etc. En esta primera aproximación, el concreto sensorial no habla de las causas de esa desnutrición, anemia o bajo nivel de educación y, por otro lado, todo parece inconexo. En otras palabras, en este primer mirar superficial, el concreto sensorial de estudio se presenta como un verdadero caos.

Ante este caos, el concreto sensorial de estudio “por ventaja” parece mantener su independencia. La situación de salud o enfermedad por sí

sola parece posible estudiársela porque aparenta engendrarse y desarrollarse dentro del cuerpo humano a partir de sus propias fuerzas y leyes. Así es como tradicionalmente se ha interpretado y abordado su estudio desde el campo de la salud pública.

Por otro lado, la idea de que el concreto sensorial es lo suficientemente complejo como para intentar comprenderlo, puede llevar al investigador y al administrador a pensar que si lo estudia en su independencia, como fenoménicamente se presenta, es más que suficiente. En efecto, el esfuerzo por ver la educación pertenece al área de los educadores, el de la comercialización al área de los economistas, etc. Ante la respetable independencia del problema salud o más bien dicho enfermedad, el investigador puede encontrar que la “tabla de salvación” para poder navegar en ese caos de cosas, personas, animales, leyes, ideas que aparecen ante sus ojos es proceder en esa forma. Que si el objeto ganó su independencia y se presenta como tal, como resultante de un proceso, si tiene su carácter óptico o su ser en el presente, es posible su análisis individualizado. Esto es verdad, pero una verdad parcial.

Porque su carácter óptico es parte de su ontogenia. En realidad, el objeto es así como producto de su devenir. Su estatuto de ser así, lo ganó en la trayectoria histórica de su transformación. No fue siempre así como es hoy, porque la única verdad absoluta es que todo se transforma y cambia. Por lo tanto, fue diferente. Entonces surge la pregunta de ¿por qué ahora es así y antes no lo fue? Pero sobre todo surge la pregunta de cómo deberá ser y las posibilidades concretas de construir ese deber ser.

El investigador comprende que el estatuto del ser así en el presente es producto del pasado, de

12 Marx usa esta denominación en el método de la economía política: “... del concreto sensorial pasaríamos a abstracciones cada vez más tenues hasta llegar a las abstracciones más simples” Marx, K. “O método de economía política”. En: *Para a crítica de economía política*. Sao Paulo: Abril S.A.; 1974.

13 Koscic califica esta forma de aproximación unilateral a la realidad como *pseudoconcreción*. Koscic, K. *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo; 1976.

su historia y si se trata del hombre individual o en sociedad, su ser-así depende no solo del pasado sino también del futuro.¹⁴ Además, el investigador está interesado en que ese ser problemático que se presenta en el hoy sea transformado y deje de ser así, que tome una nueva característica no problemática o menos problemática o más problemática en el futuro. Para hacerlo, el investigador necesita urgentemente conocer la historia del ser, y la visión y voluntad individual y colectiva de ese ser dentro del proyecto humano que este trance. No es suficiente estudiarlo solo en el presente, en sus características actuales.

Ahora bien, para que sea X+1 en el futuro y deje de ser X en el presente, debe el investigador necesariamente conocer cómo se transformó desde X-1 en el pasado para pasar a ser X. Pero para pasar de X-1 a X debieron ocurrir hechos que lo llevaron a transformarse, entonces el investigador requiere conocer las fuerzas que posibilitaron dicho cambio.

El problema radica en que las fuerzas, que obraron en su transformación de X-1 a X y las que apoyaron al investigador a transformarlo en X-1 en el futuro, no se encuentran solo en el objeto propio, en este caso, en el organismo humano.

Si en primer momento se visualiza que existen niños desnutridos, por su sola voluntad o por el funcionamiento de sus órganos; la colectividad debe intervenir incrementando el consumo alimentario y de otros elementos, lo cual está relacionado con la capacidad de compra por parte de los padres de los niños desnutridos y con la oferta que hace el Estado, que a su vez se rela-

ciona con la distribución y con la producción de bienes materiales y culturales.

Si por analogía se extrapola esta forma de pensar con el fin de comprender a X-1 en su cambio a X, es posible proponer que existe desnutrición en el momento X porque se conjugaron aspectos negativos del consumo, intercambio, producción, cultura, que determinaron ese cambio de X-1 a X.

X (desnutrición) no solo es producto de su devenir individual, de su historia, sino que es producto de la *historia del todo* que a primera vista parece rodear al objeto *desnutrición*. El concreto sensorial (desnutrición) es parte integrante del *todo* que lo produce, que lo genera. Un ser es desnutrido porque existen circunstancias históricas y actuales que determinan ese *ser*. La *totalidad*, entonces, no rodea al concreto sensorial, a la *parte* (desnutrición) sino que la produce y, esa *totalidad* es así porque las partes, a su vez, lo producen como un todo. La *desnutrición* produce la característica de un todo social en donde existe desnutrición.

El deseo de aproximarse con el pensamiento tan solo a la *parte* y solo entenderse con ella, se *desmorona*. La dialéctica de la realidad en el tiempo y en el espacio lo impide. La parte es solo *parte* del *todo* y su situación *presente* es producto de su *historia*.

Si bien la parte como realidad objetual no humana es únicamente producto de la historia, la parte como realidad humana y, por ende, como concreto sensorial construido en la cabeza del

14 ... no se puede construir un conocimiento que no contenga entre sus supuestos una idea de futuro. El conocimiento de la sociedad se organiza y opera en el seno de horizontes históricos que no son partes de su contenido. Mientras en las ciencias naturales el problema del conocimiento se circunscribe a las formas de observar la misma realidad, en las ciencias sociales ésta se construye. Las diferencias que pueden plantearse entre científicos sociales obedecen en última instancia a opciones de sociedades futuras que se excluyen mutuamente". Zemelman, H. *De la historia a la política. La experiencia de América Latina*. México: Siglo XXI editores; 1989.

investigador o del administrador, es también producto del futuro en cuanto opción.¹⁵ Como concreto sensorial es parte intencionalmente descubierta con miras a un fin predeterminado. Es siempre la construcción de una realidad teórico-volitiva. Teórica en cuanto explicación de los determinantes del pasado y voluntad en cuanto potencialidad futura. En esa medida, es producto del todo determinante que se cristaliza como estructura y es particularidad que construye el sujeto dentro de su conciencia limitada por su lenguaje, su trabajo y su poder.¹⁶

Si el presente humano es producto del pasado y del futuro, entonces, cuando se intenta construir una nueva posibilidad a lo dado, no es únicamente necesario considerar el escenario de X+1 como producto de la preferencia de X-1, X, X+1, sino que será indispensable construir un escenario desde el futuro potencial, donde las particularidades y diversidades de los acontecimientos humanos pueden cambiar grandemente el peso de la fuerza determinante general y unitaria de la historia construyendo una realidad diferente a la que esperamos (X+1). En esa medida estaríamos ratificando el planteamiento que el futuro humano no es únicamente una resultante nomotética-estructural futurible, sino que es además una potencialidad-ideográfica futurible a través de las voluntades humanas.

Ante la angustia de la pérdida de la “tabla de salvación” consistente en solamente entenderse con la *parte* para poder navegar en ese caos de cosas, personas, animales, leyes, ideas, etc., se podría intentar proceder en forma inversa: comenzar por el *todo*.

Una primera alternativa podría consistir en adoptar una teoría que explique “todo”, por abarcativa que sea esa teoría tan solo ofrecería los “andamios” *generales*, mas no las relaciones *particulares* de la población en estudio porque esas relaciones se generan en la rica dinámica del mundo que construyen sus pobladores en un tiempo y espacio determinados. Además, la “importación” de una teoría que intenta explicar al objeto termina por matar al objeto y aniquilar la creatividad del investigador: el investigador debería amoldarse a seguir los postulados de la teoría e intentaría dar forma al objeto para que quepa dentro de los cánones impuestos por la misma. Se produciría, entonces, un reduccionismo teórico.¹⁷ Solo hablaría la teoría por boca del investigador que no imagina ni crea, pero que solicita al objeto que únicamente muestra las facetas o caras que interesan a la teoría. De lo que se trata, en la investigación científica, es que siempre permanezcan con vida el objeto-sujeto, la creatividad del investigador y la teoría científica. Teoría sin objeto en movimiento y sin creatividad humana se transforma en dogma.

Para la investigación en salud colectiva, que privilegia la comprensión para la acción, no solo es necesario que permanezca con vida el objeto científico, sino, como se ha dicho anteriormente, es fundamental que permanezca con vida el sujeto con todas las posibilidades de acción. En otras palabras, la investigación para la acción intenta no solo abarcar la totalidad, sino sobre todo encontrar las diversidades. No solo interesa encontrar las determinantes, sino las condicionantes posibles para vencer dichas determinantes.

15 “La opción es una versión de la verdad en términos de la lógica de la viabilidad; implica por lo tanto un concepto abierto de la realidad y, en consecuencia, una pretensión plural de lo que es verdad”. Zemelman, H. Op. cit. p. 47.

16 Rojas, C. *La cuestión del sujeto: fin de las filosofías de la conciencia y emergencia de la intersubjetividad de la acción comunicativa*, poligrafiados.

17 El empirio-análisis en la investigación epidemiológica se ve constantemente en la obligación de importar teorías explicativas estructural-funcionalistas que imposibilitan encontrar las particularidades del concreto sensorial. Éste es un procedimiento bastante frecuente en la investigación convencional en salud pública.

Una segunda posibilidad podría consistir en estudiar todas las partes que conforman el *todo* para luego, a través de la adición, reconstruir ese todo. El problema existente aquí es que el todo es más que la suma de las partes. Además, no interesa comprender el consumo, el intercambio, la distribución, la cultura por separado. Lo que interesa es comprender cómo la cultura, el consumo, el intercambio, etc., se relacionan con la parte (desnutrición). Al mismo tiempo, la investigación para la acción intenta, además, averiguar cómo los desnutridos pueden condicionar el cambio de la cultura, el consumo, el intercambio, etc. Interesa comprender la determinación, pero sobre todo se preocupa de encontrar las fuerzas posibles y potenciales para la acción.

Para aprehender la realidad de salud de la población en estudio (la parte o concreto sensorial) del estudio, para explicar su comportamiento, no existe otro camino que *construir* esta teoría partiendo desde la *sensopercepción de sus características más superficiales*. El investigador no tiene otra alternativa que explotar al máximo toda la información que allí se encuentra depositada, porque a través de su análisis le será posible descubrir, por detrás de esa apariencia, las explicaciones de las mismas.

El primer momento de trabajo científico constituye entonces, un esfuerzo por lograr juicios descriptivos que ayuden a extraer la mayor cantidad de información posible sobre el objeto y descubrir nuevos problemas. El pensamiento capta la existencia del fenómeno, intenta describir la presencia de características que se repiten y las califica. Por ejemplo, la calidad nutrición la califica como desnutrición; la calidad educativa la califica como *alta o baja-educación*; la calidad vivienda la califica como *inadecuada-vivienda*, etc. El movimiento del objeto es captado por el sujeto cognocente y el pensamiento coagula ese movimiento en categorías cualitativas. Es un momento eminentemente *inductivo* en que angustiosamente se busca *generalizaciones* para tratar de emparentar las cambiantes y distintas cosas con las que el investigador se encuentra en su primer deambular.

La investigación para la acción no intenta únicamente descubrir las características generales que ayudan a explicar el fenómeno, sino las características particulares que permitan transformar el problema. El pensamiento explicativo privilegia lo general, mientras la acción busca, además, descubrir las particularidades que viabilizan la acumulación de fuerzas por el cambio. La investigación para la acción visualiza lo general que apoya la descripción y explicación de relaciones y determinaciones privilegiadas por la idea de cambio, es decir, que indaga sobre las determinaciones y relaciones que permitirían descubrir los condicionamientos particulares para el cambio.

Las *calidades* se desenvuelven en *cantidades*. En efecto, en la población de estudio es posible encontrar que ciertos grupos humanos tienen *más cantidad* de la calidad desnutrición o, en ciertos grupos, se observa que existe *menos* cantidad de la calidad baja educación. La dialéctica de la calidad que se presenta objetivamente se desenvuelve o sintetiza en cantidad. Los *que* (ropaje de las ideas de calidad) se transforman en *cuanto* de los *que* (ropaje de la calidad en su relación con la calidad). El pensamiento comienza por encontrar relaciones, aunque en un primer momento son de carácter simple. El pensamiento luego conquista el *espacio físico* en el que se mueven las calidades y cantidades y las fija o define como *espacios* con tipos de *cantidad y calidad* determinadas. Se encarrila en el *tiempo* y busca si en el pasado la cantidad fue igual o distinta en esos diversos momentos. Así procede el clínico en su acercamiento inicial al problema y así procede el epidemiólogo y el administrador en salud.

En este punto nos parece que es importante reflexionar sobre la aseveración anterior. Cuando se habla de que tanto el clínico como el epidemiólogo y el administrador se aproximan en forma similar, es importante indicar que dicha aproximación es similar solo en los contornos más generales, porque posiblemente, en este caso, son las diferencias las que más importancia tienen para nuestra discusión.

En primer lugar, cuando el investigador clínico y los investigadores epidemiólogo y administrador se hallan ligados a una investigación de laboratorio tienen mayor interés en los aspectos que hacen referencia a los problemas que ocurren en la teoría, el método y la técnica. La pregunta fundamental radica alrededor de cómo dar una respuesta teórico-metodológico-técnica que integre más abarcativamente, o más profundamente los determinantes del proceso en estudio. Su preocupación radica en encontrar nuevos “andamios” a través de los cuales el pensamiento puede circular con mayor facilidad, conquistando nuevos espacios no visitados por la teoría convencional, o, en su defecto, encontrar respuestas metodológicas y técnicas relacionadas con los nuevos avances teóricos. El investigador en este caso utiliza los instrumentos que le ofrece la ciencia dominante, los critica, modifica o sustituye, creando alternativas que son integradas en el propio discurso científico y bajo los límites establecidos por aquella. A través de su trabajo, el investigador mina el poder del discurso científico tradicional con miras a construir un poder alternativo como contradiscurso en el seno del propio discurso dominante, o, por el contrario, apuntala el poder discursivo existente.

En las ciencias naturales, con los resultados de este proceso, es posible enfrentar prácticamente la realidad objetual y transformarla; existe una continuidad entre la explicación científica y la acción técnica. La práctica técnica constituye una realización del mandato teórico-metodológico; conocimiento y práctica se identifican totalmente. El conocimiento adquirido guía inmediatamente la acción sobre la cosa, la misma que no es sino una continuación, en el presente, de una evolución que no variará significativamente en el futuro y que, por otro lado, es factible

predecirla. En cambio, para poder enfrentar la realidad objetual del hombre recién estamos a medio camino.

Si el investigador quiere llevar los conocimientos adquiridos en el laboratorio para aplicarlos directamente en la realidad, tan solo tiene uno de los elementos necesarios para la transformación: el poder del conocimiento explicativo (poder técnico en las palabras de M. Testa), pero no dispone del poder político necesario para realizar su cometido, ni del poder administrativo para hacerlo. En otras palabras, conoce la determinación estructural que obra sobre el hombre, pero no conoce su voluntad para construir un poder que viabilice dicho cambio, o, por el contrario, lo impida. Esto ocurre tanto en el enfrentamiento individual del clínico con el individuo (sobre todo en el ámbito de la salud mental) como en el abordaje del médico social con la colectividad.

Si se reproduce el quehacer clínico de contacto directo con el paciente, es posible explicar en mejor forma este planteamiento: el clínico construye junto con el paciente la realidad de su enfermedad. El paciente informa sobre su historia y con la intervención del clínico logran “escribir” la historia de su vida. En esa historia no solo se halla el pasado del paciente, sino también sus expectativas futuras, sus miedos y posibles problemas. En la realidad pensada que se presenta como diagnóstico se encuentra la historia del trabajo del paciente, el mundo particular interpretado por su lenguaje,¹⁸ y su voluntad o poder personal que se lo encarga al clínico. En el diagnóstico, por otro lado, se encuentra el poder del clínico logrado por su estatus, el mundo de su lenguaje que domina al discurso del paciente, el cual es recortado y traducido en discurso positivo “científico”.

18 “La conciencia lejos de ser la conciencia del género humano, socialmente inexistente, tiene como límites de su mundo, la particularidad a la que pertenece y el lenguaje en que ésta se exprese. Los límites de mi mundo —se puede decir parafraseando a Wittgenstein— son los límites de mi particularidad y de mi lenguaje”. Rojas, R. Op. cit. p. 24.

El clínico, cuando más interpreta que la fuerza terapéutica se encuentra en el propio paciente, más se interesa por activar sus respuestas biológicas e individuales-sociales, mientras que cuando considera que las fuerzas para la recuperación se ubican en la técnica que él domina, desconoce la historia, el lenguaje y la voluntad del paciente para transformar (en extremo) su intervención en bistrú que corta y extrae el órgano que se extrañó (que ya no es parte del sistema corporal), que se alteró (alter=otro), o para introducir un elemento externo que cumple una mejor función que el órgano alterado.

De todas maneras, la teoría sobre el paciente, construida “objetivamente” en el laboratorio, tiene que ser nuevamente reconstruida intersubjetivamente por el paciente y el clínico; la ciencia explicativa del laboratorio tiene que ser completada por la hermenéutica del consultorio, en esta última tiene un gran peso la voluntad del médico y del paciente para la transformación del problema.

Cuando se habla de investigación en salud colectiva, es posible hacer similar planteamiento. Por más que el investigador tenga un compromiso con el cambio, los conocimientos producidos en el laboratorio tan solo explican el problema y esto constituye solamente la mitad de lo necesario para el cambio. Es por esto que si se intenta elaborar un planteamiento metodológico explicativo-comprensivo, desde el inicio del estudio, se deberá contar con la participación de los actores sujetos del cambio. Es decir, todos los datos sobre cantidad, calidad, tiempo y espacio deberán ser contruidos intersubjetivamente entre investigador y población. En esa medida, el dato que en primer momento se ordenó normativamente bajo la lógica de la generalización (datos que se repiten) deberán ceder paso a su diversificación, la misma que responde a la importancia que entrega la colectividad como producto de su especial forma de vida.

El planteamiento hecho sobre la construcción del concreto del pensamiento en la investiga-

ción en salud colectiva que ofrece el artículo base constituye más bien la parcela referida al método explicativo que debe ser complementado con un planeamiento comprensivo que se trata de desarrollar.

La sensopercepción no permite llegar más allá. Las relaciones más superficiales son las que pueden ser captadas por la sensopercepción. Sin lugar a dudas, ésta constituye la puerta de entrada para la aprehensión del fenómeno, pero nada más que la puerta porque para que el pensamiento pueda lograr una comprensión más integral del fenómeno todavía se debe recorrer un camino más largo y, en ocasiones, con muchas vueltas.

Los juicios perceptivos se transforman inmediatamente en *juicios problemáticos*, es decir, después de escribir el qué, o el cuándo del qué, o el dónde del qué, el investigador intenta preguntar el *por qué*, es decir, formula juicios *problemáticos*. Intenta luego contestar y resolver ese *por qué*, esto es, formula *juicios apodícticos* y, con gran aplomo, puede que a esto lo nombre como hipótesis. Cuando menos experiencia se tiene en el campo de investigación más desordenado es el curso del pensamiento y es más difícil aguardar pacientemente para lograr una sensopercepción más completa sobre los elementos que conforman el concreto empírico, cosa que facilitaría a forjar una visión fenoménica más integral del objeto. Dicho de otra manera, permitiría apuntalar la formulación de juicios *problemáticos* más coherentes y ahorraría el trabajo de reconocer más tarde la pobreza de aquello que precipitadamente se nombra como hipótesis y evitaría que no se pueda reconocer su falsedad y se continúe trabajando bajo su guía.

En la etapa sensoperceptiva, el investigador se mueve a merced del objeto, recoge pacientemente los datos que encuentra en éste. En una segunda etapa, los datos empíricos se han subjetivado como juicios perceptivos y su subjetividad, su creatividad intenta demandar al objeto que le brinde más información. Es el investigador el

que pregunta al objeto *por qué* se mueve así, por qué está allí con esa calidad, con esa cantidad, en ese espacio y en ese tiempo. En otras palabras, se apodera idealmente del objeto como fenómeno y le pregunta por su esencia, se apodera de la imagen relacional de su forma y busca su contenido. Asume la responsabilidad de enfrentarse al objeto, romper su pseudoindependencia y su puesta inmovilidad.

Las preguntas dirigidas al objeto se proponen averiguar:

- a) ¿Cómo así es lo que es, en esa cantidad, en ese momento y en ese lugar?
- b) ¿Cómo se originó el objeto?
- c) ¿Qué relaciones mantiene con los elementos que le rodean?

En la investigación para la acción se requiere además preguntar:

- d) ¿Cómo debería ser en el futuro (direccionalidad normativa en el largo tiempo)?
- e) ¿De qué fuerzas se dispone para que en el futuro el objeto-sujeto se comporte de acuerdo a ese deber ser? ¿Cuál es la fuerza técnica que se dispone? ¿Cuál es la fuerza administrativa (recursos)? ¿Cuál es la fuerza política disponible con que se contaría para viabilizar potencialmente ese empeño?
- f) ¿Qué es lo que puede ser hecho hoy con las fuerzas que se dispone para la consecución de ese deber ser? ¿Qué es lo que puede ser hecho mañana o en el corto tiempo, y en el mediano tiempo?
- g) En este momento se debería volver a las preguntas a, b, y c con un pensamiento más estratégico y se debería preguntar: ¿qué determinantes deben ser conocidos con mayor prioridad esencial, viable, factible y operativa para la intervención en el corto tiempo, en el mediano tiempo y en largo tiempo. En esta forma, se lograría una imbricación del futuro con el presente, de la práctica a desarrollarse con el conocimiento a producirse, de la necesidad de otras palabras, a más del interés existente sobre las posibilidades de interven-

ción propiciadoras de potencialidades de transformación.

El problema se complejiza notoriamente porque el análisis del objeto-sujeto de investigación se encargaría de proponer nuevos objetos de estudio para factibilizar la buena intervención. Por esta razón, es necesario que el requerimiento de intervención module la amplitud de la comprensión. Una de las formas de modulación de esta amplitud podría radicar en la variable tiempo. Comenzar conociendo lo que es fundamental para la intervención en el plazo corto, luego en el mediano y luego en el largo, con miras a dar cuenta práctica de esa imagen utópica del objeto en el futuro.

Ante una o varias preguntas inmediatamente sobreviene una contestación, pero el gran problema es que el objeto no puede contestar porque el objeto no habla por su propia boca. El edema con el que se encuentra el clínico cuando examina a un paciente no le informa sobre cómo surgió. La supuesta población de estudio donde el investigador se encuentra estudiando la desnutrición no informa sistemáticamente y ampliamente sobre los determinantes y relaciones de los problemas en estudio. Si fuera así, la investigación científica sería innecesaria. O puede que la población hable a través de sus dirigentes o informantes, quienes ofrecerían una rica cantidad de explicaciones, pero en ningún momento van a ser contestaciones sistemáticamente hilvanadas que trasciendan totalmente el plano fenoménico y produzcan por sí mismas una visión de totalidad, razón por la cual el investigador debe construir las respuestas.

Es lógico pensar que si se intenta únicamente explicar las relaciones y determinaciones del objeto-problema, el investigador debe construir las respuestas con los instrumentos lógicos que permiten acceder a la esencia de los problemas, pero cuando además trata de buscar la acción, la información de los sujetos es también esencial porque en ellas encuentra las viabilidades del cambio, entonces, en la investigación-acción se

requiere conocer de inicio la propia comprensión de la problemática poblacional en su propio lenguaje, para desde esa explicación avanzar hacia la explicación científica. En otras palabras, si se interpreta que la verdad se encuentra en la viabilidad del cambio, es la viabilidad la que determina la profundización de la búsqueda de la explicación.

Para construir las respuestas, el sujeto investigador debe disponer de los instrumentos indispensables, y éstos son: la imaginación científica, los datos que obtuvo del objeto-sujeto y todos los datos disponibles que se han levantado anteriormente sobre el objeto, así como la teoría científica, la misma que constituye una amplia matriz de contestaciones sólidamente hilvanadas sobre el movimiento de la materia en sus distintas dimensiones, las mismas que han demostrado en la práctica ser fidedignas porque lograron la transformación de problemas de similar naturaleza.

Entonces, ¿cómo se procede?

Generar preguntas sobre el concreto sensorial, aquí se dispone de dos opciones:

- a) Elaborar preguntas integrales sobre la calidad, cantidad, espacio y tiempo, e intentar ofrecer posibles respuestas integrales. A esta forma de preguntar y explicar se conoce como *conjetura*.¹⁹
- b) Hacer una pregunta similar pero ofrecer una respuesta sobre una de las posibles explicaciones del juicio problemático que se ha formulado. A este tipo de preguntas y explicaciones se las conoce como *versiones*.

Las versiones y conjeturas están dirigidas a desentrañar la *esencia* (relaciones y determinaciones) sobre el problema de estudio. Cada versión se dirige a averiguar sobre una parcela o componente del problema, es decir, el pensamiento divide la realidad con el fin de aprehenderla por

pedazos. En ese empeño, se intenta a largo plazo formular el concepto del fenómeno a través de la síntesis posterior de cada una de las *abstracciones* o verdades unilaterales, parcelarias que se van generando en este momento analítico.

Ahora bien, los conceptos tienen *extensión* y *profundidad*. Las conjeturas son explicaciones que intentan abarcar la extensión del concepto, mientras que las versiones pretenden dar una contestación más profunda, pero que abarca poca extensión. Si se ha formulado una conjetura, se debe tener en mente que esta contestación es bastante general, pero le falta muchos elementos particulares que intermedian su explicación. En cambio, si se ha formulado una versión, se debe tomar en consideración que se trata de una explicación de carácter muy particular que a pesar de que explica una parcela de la realidad en profundidad, sin embargo, le falta extensión, esto es, le faltan otros elementos que son parte explicativa del concepto sobre el problema que se intenta generar.

¿De dónde se obtienen los elementos para la contestación o explicación?

- a) De la información vertida por la propia población.
- b) De la experiencia acumulada y de la formación recibida por el investigador, es decir, de la ciencia que se ha interiorizado y que será movilizada con su creatividad.
- c) De la teoría social que explica en forma general la anatomía y fisiología de la sociedad, de la teoría clínica que da a conocer la anatomía y fisiología del cuerpo humano, de la teoría epidemiológica que explica cómo se da la interrelación de la corporeidad objetiva (naturaleza y mundo humano social con que se relaciona) y corporeidad subjetiva u orgánica y de cómo se consume-produce el sujeto en el momento productivo y cómo se reproduce-consume en el momento de

19 Esta categoría es utilizada por Kopnin, P. *Lógica dialéctica*. México: Grijalbo; 1966.

consumo, al mismo tiempo que conforma su espacio familiar, construye las instituciones, se relaciona con la naturaleza y da significación a su vida.²⁰

- d) De los datos sobre el problema que se obtuvo anteriormente y que ahora se los posee como una matriz de relaciones simples de carácter fenoménico, pero que posteriormente serán incrementados y modificados a través de mayores indagaciones y confrontaciones con el problema de estudio.
- e) De los datos producidos anteriormente sobre el problema por parte de otros investigadores o que se encuentran conformando parte de las estadísticas oficiales, archivos, etc.

De todas maneras, en este momento, no se dispone todavía de un gran bagaje teórico, no se ha optado por la teoría social epidemiológica, clínica y proyección política sobre las que se basará el investigador para la construcción de la teoría particular sobre el objeto de estudio. El investigador se presenta, todavía en este momento, como un individuo lleno de cargas ideológicas no concientizadas, con sus conocimientos y desconocimientos y, desde ese nivel, lanza sus versiones y conjeturas. Es por ello que esta es una etapa de *delimitación subjetiva* del problema que permitirá lograr conocimientos unilaterales, pero más conectados que aquellos que se obtuvieron a través de la *sensopercepción*. Las relaciones ya no se presentarán en el plano fenoménico anterior, esto es, entre calidad, cantidad, tiempo y espacio, sino que éstos comenzarán a ganar nueva dimensión al integrar y descubrir aspectos esenciales.

A pesar de que a través de las versiones y conjeturas se comienza a encontrar las relaciones

y determinaciones del problema de estudio, todavía el investigador se mantiene en un plano fenoménico, porque el carácter fenómeno no solo depende de la característica unilateral con que se presenta el objeto de estudio sino también se debe a la forma unilateral de vivir que le condiciona la sociedad capitalista, a esa práctica de sentido común, rutinaria y utilitaria, surgida dentro de los requerimientos de orientarse en el mundo, de familiarizarse con las cosas, de manejarlas, pero no de *comprenderlas* para *transformarlas*. De esta praxis fragmentaria, que como lo diría Koscic, “se halla basada en la división social del trabajo, en la necesidad de manejar una parcela de la técnica y engaño... La práctica cotidiana de cada día crea el pensamiento común en el cual se capta tanto la cosa y su aspecto superficial como la técnica de tratamiento de ella como forma de su movimiento y de su existencia...”

El mundo que se revela en la práctica fetichizada, en el traficar y en el manipular no es mundo real aunque tenga la ‘consistencia’ y la ‘validez’ de este mundo, sino el mundo de la *apariencia*.²¹ Dicho de otra forma, el capitalismo ha destruido el mundo totalizador, multifacético, multidimensional, pedagógico y comprensivo, en una palabra, *dialéctico*, que constituye el mundo del *mito*. El mundo se presenta, para el investigador, como un mundo dado, habiendo perdido la característica de ser un mundo dinámico, producido por el hombre, naturalmente transformable y socialmente revolucionable. La dialéctica entre el ser y el hombre, su subjetividad y su otro cuerpo (la objetividad o sociedad), ha sido rupturada por su forma de vivir alienada,²² en el capital. Para *comprender* el mundo en que se vive, para comprender el problema de estudio, se debe al mismo tiempo *comprender* la función y

20 Breilh, J. *Epidemiología: economía, medicina y política*. México: Fontamara; 1989.

21 Koscic. *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo; 1987.

22 La categoría *alienación* ha sido tratada por distintos autores, pero es conveniente revisar el criterio de Marx al respecto “... el dominio del capitalista sobre el trabajador es el dominio de la cosa sobre el hombre, del trabajo muerto sobre el trabajo vivo, del producto sobre el productor, puesto que, de hecho, las mercancías, que se convierten en medios de dominio sobre el trabajador (pero solo como medios del dominio ejercido

responsabilidad dentro de ese mundo humano-social que el hombre crea, produce diariamente en su vida cotidiana.²³

Para cumplir con esa función el investigador necesita obviamente de su pensamiento, pero necesita además de sus emociones, de sus ilusiones, en una palabra, de su proyección humana integral. Solo a través de una aproximación teórica y política reales logrará que sus versiones adquieran igualmente un carácter más real. Mientras tanto las versiones y conjeturas son:

- a) Respuestas o explicaciones que no pasan de ser suposiciones que tienen tan solo una limitada probabilidad científica, por la simple razón de que únicamente permiten observar la parte superficial o aparental del fenómeno como particularidad, pero sin conexión con los procesos con que se relacionan.
- b) Están cargadas de una gran subjetividad que traduce verdades parciales y errores parciales que, por lo general, no han sido concientizados.
- c) Si las explicaciones provienen de la formación anterior, esto es del bagaje teórico-técnico adquirido por el investigador, representan conocimientos más bien de carácter general y, por

lo tanto, abstractos o unilaterales, los cuales deben ser enriquecidos con las características particulares del objeto-sujeto de estudio.

- d) Las versiones y conjeturas traducen, consciente o inconscientemente, una forma de ver el mundo y, consecuentemente, un interés o idea de cómo debe ser ese mundo en el que se mueve el objeto-sujeto de estudio y el investigador. Es decir, es parte de la interpretación teórica social y política que, por lo general, en ese momento de la investigación todavía no aparece totalmente concientizada.
- e) Cuando se priorizan ciertas preguntas y se escogen ciertas respuestas sobre los problemas que se van a tratar, implícitamente se está haciendo una opción por la forma como se va a conocer el objeto. En otras palabras, se hace una opción por una teoría y método de conocimiento, pero esa opción debe ser clara y conscientemente escogida porque existen teorías y métodos que conducen a elaborar conocimientos necesarios para mantener el equilibrio del sistema y otras teorías y métodos que conducen al hallazgo de conocimientos e instrumentos para la transformación del mismo.²⁴

por el capital), son simples resultados del proceso de producción, son los productos del mismo. Se trata, en la producción material, en el proceso social real de la vida —pues eso es el proceso de producción—, exactamente de la misma situación relacional que se presenta, en el terreno ideológico, en la religión: la inversión del sujeto en objeto y viceversa. Desde el punto de vista histórico, esa inversión se presenta como punto de partida inevitable para poder imponer a costa de la mayoría la creación de riqueza como tal, esto es, la creación de las amorales fuerzas productivas del trabajo social, únicas que pueden constituir la base material de una sociedad humana libre. Hay que atravesar esa forma hecha de contraposiciones, exactamente igual que el hombre tiene que configurar, por de pronto, sus fuerzas espirituales de un modo religioso como si fueran fuerzas independientes de él. Éste es el proceso de alienación de su propio trabajo”. Mencionado por Markus, G. *Marxismo y antropología*. España: Grijalbo; 1985.

23 Heller, A. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península; 1977.

24 “... no hay esfuerzo capaz de mantener en pie la creencia en una ‘bondad’ intrínseca de la técnica; resulta ilusoria la posibilidad de que un nuevo orden social desplace del lado negativo al lado positivo el mecanismo que regula el sentido del funcionamiento de la misma tecnología, la tecnología moderna. Tecnología ideada para potenciar la explotación de la fuerza de trabajo, impone ahora su destructividad desahogada; no puede ya mantenerse en un papel de benevolente correctivo realista para los sueños de una historia alternativa”. En Echeverría, B. *El discurso crítico de Marx*. México: Ediciones Era; 1986.

- f) Al dar posibles contestaciones sobre la problemática salud-enfermedad de la población de estudio, se valorizan ciertas relaciones y conexiones entre los procesos mórbidos o de salud y de éstos con posibles determinaciones o por qué de su aparición o desarrollo. En otras palabras, se adopta una teoría explicativa sobre la producción y distribución de la salud-enfermedad.

La elaboración de las versiones y conjeturas abre, entonces, una inmensa puerta hacia un cuestionamiento teórico y metodológico, obliga al investigador a reconocer el carácter unilateral y poco fundamentado de sus respuestas y la necesidad de definir claramente las teorías social, epidemiológica, clínica, política y del conocimiento con las que va a trabajar. Esto es, lo obliga a buscar la totalidad a partir del problema utilizando su creatividad en intensa participación con la población. La elaboración de las versiones y conjeturas lo conduce, además, a buscar un referente empírico que fundamente sus explicaciones del *por qué* se comparte o funciona de tal o cual manera el problema de estudio. Es decir, lo lleva a desmenuzar, a analizar en componentes más reducidos del fenómeno que intenta conocer. El camino del análisis del fenómeno, en sus componentes más simples, es el único que existe en este momento de aproximación al mismo.

A través de las conjeturas y versiones el investigador prioriza las preguntas que hace a la realidad empírica. Esto es, escoge solo aquellas caras o facetas de la realidad sensorial que le interesan para la comprensión y transformación del problema de estudio, así como demanda hacia las teorías social, filosófica, epidemiológica, clínica, aquellos elementos conceptuales y metódicos que precisa el curso de su pensamiento en el intento de interpretar el movimiento del objeto-sujeto.

La elaboración de las conjeturas y versiones asegura, por otro lado, una constante unión de la teoría con la empiria, donde la teoría demanda datos a la empiria y la empiria demanda inter-

pretación teórica de los datos que ella oferta. Pero este “diálogo” teórico-empírico ocurre por el pedido consciente del investigador, bajo el interés de comprender el abigarrado problema que en los primeros momentos aparece como un verdadero caos. La creatividad del investigador, el objeto-sujeto en movimiento y la teoría se mantienen con vida, ninguno de estos tres elementos desaparecen, lo cual asegura la permanente conquista de la libertad en el quehacer investigativo, al mismo tiempo que se produce el conocimiento necesario para la transformación del problema, así como se inicia la crítica de todo el conocimiento anterior sobre el mismo.

Cuando los nuevos datos que surgen desde la empiria permiten confirmar las supuestas explicaciones iniciales, éstas ganarán un estatuto más científico, serán un reflejo más objetivo de la realidad y se relacionarán con otras parcelas explicativas para conformar, con el apoyo de la teoría general, el marco teórico particular que paulatinamente va explicando la dinámica del problema. Así también, las versiones y conjeturas que en un inicio tienen un carácter parcelario, no argumentado y presupositivo van ganando coherencia, transformándose en respuestas más fidedignas y ganando un carácter de hipótesis.

Es necesario conocer que las versiones y conjeturas iniciales son subjetivas y unilaterales, pero, en cambio, conducirán a encontrar la objetividad y la globalidad, permitiendo que la parte (problema) construya sus relaciones con la totalidad de la que es parte.

Hasta este momento, se puede decir que se dispone de abstracciones o, si se quiere, de pedazos de verdad y error sobre el problema de estudio. Se ha cumplido un proceso analítico que ha permitido dividir, analizar el caos con el que inicialmente se encontró el investigador. Se ha descompuesto el todo en partes y se han aislado ciertas *cosas* habiéndoselas transformado en *procesos*. Se ha establecido que las calidades se desenvuelven en cantidades y se movilizan en

los espacios físicos y cambian con el tiempo. Se han tomado distintas “cosas” que antes parecían mantener su independencia y se las ha relacionado con el problema. En resumen, las “cosas” se transformaron en procesos, ya que no se presentan como objetos fijos sino como productos de los hombres, productos que han sido engendrados en las relaciones que entre ellos mantienen y con la sociedad más amplia en donde se halla ubicada la población de estudio. Todas las calidades son productos históricos y están allí porque existieron distintas circunstancias que las posibilitaron. A través de las versiones y conjeturas se logran construir aunque sea en pedazos el movimiento del objeto-sujeto, su historicidad, sus relaciones y sus opciones.

A pesar de este esfuerzo, todavía falta *conexión* entre las distintas abstracciones y, por otro lado, no se ha logrado establecer la *jerarquía* que entre ellas existe. Para cumplir con este cometido, se debe *creativamente aunar* las distintas abstracciones tomando como recurso la *teoría científica* constituida que mayor capacidad de explicación ofrezca en el compromiso de *transformar* el objeto. Se debe, por lo tanto, ascender desde las abstracciones para conformar una totalidad *concreta, significativa y dinámica*, es decir una totalidad *real*.

Una totalidad *concreta* contiene los “andamios” que posibilitan conectar los distintos procesos que se relacionan con el objeto-sujeto. La ciencia, en su largo trajinar, ha descubierto leyes científicas que traducen regularidades, o leyes naturales y sociales que determinan el ordenamiento de los fenómenos. En este caso, se debe adoptar la teoría científica general más avanzada que permite explicar el devenir de la vida humana, para extraer de ella aquellos “andamios” que posibilitan caminar desde el problema de estudio hacia los procesos con que se relaciona y viceversa. Por cuanto la salud-enfermedad es un proceso eminentemente social, se debe necesariamente optar por la teoría científico-social más desarrollada que apoya este empeño. Así como la salud-enfermedad es un proceso emi-

nentemente social, también es una realidad biológica determinada por lo social. En esa medida, el aporte de la teoría clínica es de igual importancia. Es obvio considerar que la teoría epidemiológica permitirá comprender la relación entre lo social y lo biológico. Entre la corporeidad orgánica y la corporeidad inorgánica, entidades que en el nivel fenoménico parecían ser tan independientes, pero que en este momento ya se presentan como un proceso unitario.

La totalidad que se intenta construir debe ser, por otro lado, *significante*. El mundo humano-social es un mundo construido por el hombre. Cada acción que desarrolla el ser humano en el presente tiene una repercusión en el futuro. En su accionar transforma la naturaleza y revoluciona la sociedad. La búsqueda de “andamios”, por parte del investigador, es una búsqueda intencionada, dirigida a dar respuestas con miras a cumplir un fin, una utopía, un sueño que se ha trazado. Puede construir andamios que lo lleven a encontrar soluciones a la problemática de la población en estudio, que no toquen su estructura porque se considera que ésta debe permanecer tal cual está organizada. Por el contrario, puede afanosamente construir “andamios” que lo obliguen a desentrañar la trama social para encontrar en su seno los determinantes de los problemas de salud. El punto de vista del investigador define entonces el “andamiaje” que intenta construir. El pensamiento que se intenta sea científico es, primeramente, profundamente político, porque con el conocimiento que se pretende producir se propone implícitamente organizar en tal o cual forma la “poli”, la sociedad en la que vive y actúa.

Lo anterior obliga a considerar que la publicidad real debe ser creada junto con la propia población. El mundo de significado puede ser establecido por el investigador como deber-ser, pero la posibilidad de que ese deber-ser se transforme en poder-ser radica además en la viabilidad, en las fuerzas de la propia población, que en conexión con el poder democrático existente movilice los recursos existentes. En esa medida, la

verdad concretizada debe ser también contextualizada. La verdad de la razón debe imbricarse con la verdad del contexto; la verdad de la ciencia debe necesariamente unirse con la verdad de la política para posibilitar que la utopía se transforme en historia. Si únicamente el sujeto investigador se detiene en la construcción del concreto de pensamiento estaría interpretando que la sola razón puede instrumentar el cambio porque en ella estaría contenida toda la verdad, pero como se ha discutido anteriormente, en ella solo se encuentra parte de la verdad, en la medida en que constituye la explicación de la objetividad estructurada o realidad cristalizada. La otra parte de la verdad se halla en la posibilidad de viabilizar lo potencial, en transformar el deber ser en poder-ser a través de las voluntades sumadas, en acumular poder para cambiar los flujos y las leyes.

Ahora bien, la totalidad que el investigador intenta dar forma y contenido que tenga validez científica y política, para que sea una totalidad real, debe buscar la transformación y avance del mundo humano-social, porque en este momento el hombre no es considerado por el capital como hombre sino en función de su capacidad de producción de riqueza; no sirve su creatividad sino su obediencia; su cultura no tiene importancia sino cuando apoya el desarrollo de la técnica productivista o impulsa la ideología represiva; no tiene importancia su consumo, sino en la medida en que permita realizar el valor de las mercancías e incrementar la ganancia de los que detentan la propiedad de los medios productivos. Entonces, la única proyección científica de la politicidad humana es la creación de una utopía de humanidad, de igualdad, en la que el mundo de las cosas se supedita al mundo de los hombres, esto es, la conformación de una *politicidad real* que promueva la forja de una forma productiva racional, en donde las fuerzas propiciadoras de la salud puedan ser dirigidas por el hombre. De esta manera se podrá construir una teoría sobre el objeto-sujeto que intenta formar parte de la teoría revolucionaria general. Dicho en otras palabras, descubrir

las relaciones del objeto-sujeto con el todo para transformarlo, al mismo tiempo que el investigador participa desde el plano particular en la lucha por la comprensión y transformación general de la sociedad.

La teoría particular sobre el objeto-sujeto gana su politicidad en el momento mismo de su constitución, en el momento en que el investigador establece conscientemente su significado. Es posible que se constituya en una contrateoría crítica que busca explicar y conseguir la salud humana, o, por el contrario, que aparezca como una teoría positiva-normal: como fundamentación capitalista, como apoyo para la reproducción autodestructiva del sujeto social. En el primer caso, la teoría sobre el objeto llevará a buscar los “andamios” para impulsar la transformación del mundo humano social, al mismo tiempo que el investigador se realiza como tal reconstruyendo en el quehacer científico la dialéctica entre su individualidad y el mundo que lo produce como investigador, pero que a su vez él conscientemente le da forma y contenido. En el segundo caso, la teoría aparece como guía para la manipulación práctica del material humano, como técnica política calculadora, esencialmente ligada a los requerimientos teóricos y prácticos del capital, y el investigador se presenta como manipulador manipulado.

La totalidad debe ser *dinámica*. En el momento en que se reconoce que el método de conocimiento que se ha adoptado mantiene con vida al sujeto-objeto, a la teoría y a la creatividad del investigador, se puede así mismo afirmar que la totalidad que se está construyendo es una totalidad *dinámica*, donde la particularidad *salud-enfermedad de la corporeidad orgánica* en estudio genera la totalidad que permite su comprensión. A su vez, la totalidad moldea y entrega contenido a partir del trabajo consciente del investigador que busca nuevos datos empíricos y explicaciones teóricas particulares. El trabajo metodológico dinámico impide caer en el reduccionismo teórico o empírico que anteriormente fue discutido.

Se había dicho en párrafos anteriores que para lograr la conexión y jerarquización de las distintas abstracciones, producto de las versiones y conjeturas elaboradas, es necesario *creativamente* aunar las distintas abstracciones tomando como recurso la *teoría científica* constituida que mayor capacidad de explicación ofrezca al investigador en su compromiso de *transformar* el objeto. Debe, por lo tanto, el investigador *ascender* desde las abstracciones para conformar una totalidad *concreta, signifiicante y dinámica*, es decir, una *totalidad real*.

El empeño de construir la totalidad real obliga al investigador a enfrentarse con la teoría científica que mayor capacidad explicativa le ofrezca. Pero ese enfrentamiento debe ser siempre *crítico*. De ella extraerá los elementos conceptuales y metodológicos que apoyen su compromiso de *transformar* el objeto. En este sentido, todas las teorías presentarán verdades parciales y errores parciales, pero algunas de ellas presentarán verdades relativas más contundentes que posibilitan tender “andamios” más seguros. A través del enfrentamiento con la teoría constituida se producirá una doble negación dialéctica: en primer lugar, los conocimientos generados por el investigador a través de las versiones y conjeturas serán superados y, en segundo lugar, la propia teoría constituida con la que se enfrenta ya no será igual que antes. Los conocimientos del investigador se modificarán, así como la teoría constituida ganará nuevos componentes conceptuales particulares, producto del trabajo investigativo. La dialéctica se propone en cada acción revolucionar la realidad objetiva al mismo tiempo que revoluciona teoría sobre esa realidad.

En epidemiología existen varias teorías constituidas que pretenden explicar la producción y distribución de la salud-enfermedad colectiva. Una de las teorías que ha liderado el campo epidemiológico ha sido la teoría estructural-funcionalista con sus distintas expresiones: multicausalismo, teoría ecológica, etc. En la actualidad, ha adquirido mucha fuerza la teoría social fenomenológica, con su expresión particular en

salud, consistente en la “teoría de las estructuras mediadoras” y en forma reciente la teoría científico-social se ha hecho presente, logrando un especial fortalecimiento en América Latina. Cada teoría ha elaborado categorías, conceptos, relaciones entre conceptos, jerarquías, modos explicativos, preguntas directrices diferentes que responden a los distintos intereses para los cuales llegaron a constituirse. Cada una de ellas tiene distintas categorías nucleares o celulares que facilitan el ascenso de las abstracciones en su camino de encontrar sus relaciones y determinaciones y transformarse en conceptos. El estructural-funcionalismo invita a buscar los “prerrequisitos funcionales que factibilizan el mantenimiento del equilibrio del sistema”. La teoría de las “estructuras mediadoras” impulsa a buscar los “espacios que permitan el fortalecimiento de la acción social concebida como la resultante de actos individuales significantes”. La teoría científico-social se plantea como categoría nuclear comprender la forma en que los hombres producen la vida humano-social y de esta manera producen también su subjetividad y su objetividad, sus posibilidades de salud y enfermedad, de vida y de muerte.

Por cuanto la teoría epidemiológica científico-social ha logrado configurar un marco interpretativo coherente, que responde a los requerimientos de transformar la situación de salud-enfermedad de nuestros pueblos, constituye un excelente apoyo para la construcción de aquellos “andamios” que se requiere para el trabajo ascensional.

En América Latina se han producido varios aportes teóricos, a través de los cuales se ha logrado ordenar y jerarquizar las abstracciones que dan cuenta de procesos parciales, generando en esta forma marcos interpretativos que apoyan la aprehensión de los objetos particulares de estudio en una forma más integral. Los aportes de Cristina Laurell, Ana María Tambellini y Jaime Breilh son los más conocidos en el campo de la epidemiología, pero desde diversos espacios se elaboran nuevos elementos que complementan

y desarrollan estas propuestas. Como el objetivo de este trabajo es apoyar la reflexión de los que nos iniciamos en el campo de la investigación y como en este momento el interés radica en discutir la forma en que el investigador se apropia de la teoría constituida en su afán de construir las bases explicativas sobre el objeto de estudio, no es posible hacer una revisión sistemática de aquellos aportes, sino tomar uno de ellos con el fin de ejemplificar el procedimiento y, en este caso, por conocerlo más, se tomará la propuesta de Breilh.

Breilh, en su libro *Epidemiología: economía, medicina y política*, parte de una concepción humanista donde la base objetiva de la misma constituye simultáneamente la teoría de la evolución social y económica y el análisis del hombre como un animal social. Los hombres trabajan, es decir, reproducen su existencia en la práctica diaria, transformando la naturaleza, y en esta interacción entre hombres y naturaleza producen la evolución social. En este proceso productivo, el hombre reproduce su cuerpo, su subjetividad al mismo tiempo que produce su objetividad, la sociedad política y civil. En el momento productivo, el hombre produce productos a través de su trabajo que adquieren una realidad objetiva, pero concomitantemente, en este mismo momento, ocurre un consumo de su ser (desgaste, en las palabras de Laurell). En otras palabras, el producto se lleva su fuerza de trabajo, parte de la energía de su productor. Por eso es que, en el momento de producción, Breilh habla de que inmediatamente ocurre un consumo productivo. Pero a través del trabajo no solamente ocurre el consumo de la fuerza de trabajo, sino que también ocurre la producción humanizante del propio productor. El enfrentamiento con la naturaleza y su transformación, transforma también al productor, le factibiliza su avance. Por otro lado, los productos en la sociedad capitalista se concentran y relacionan entre sí en el mercado y desde esa instancia deben ser extraídos por parte del consumidor. A través del consumo, el productor reconstruye la energía perdida en el trabajo, dicho en otras palabras, reproduce su

individualidad así como también reproduce o amplía su ser en sus hijos a través de la procreación. Esta especial forma de relación del hombre con la naturaleza permite a su vez la humanización de ésta. El productor se objetiva en la naturaleza y en las instituciones en la producción, mientras que la naturaleza y las instituciones se subjetivan en el productor tanto en el momento productivo cuanto en el momento de consumo. Es entonces la reproducción social la categoría eje para la comprensión de la forma en que el sujeto consume su energía y la reproduce o, dicho de otra forma, constituye la categoría esencial para la comprensión de la forma en que consume productivamente y reproduce su fuerza de trabajo.

De acuerdo al lugar que ocupa el productor en el proceso productivo, se conformarán sus condiciones de trabajo y consumo, establecerá relaciones con las instituciones, así como recibirá desde el Estado y a través de la distribución condiciones favorables o desventajosas para su reproducción, estableciéndose al mismo tiempo sus formas de relación con la naturaleza.

De esta manera, cada clase social será la portadora de especiales condiciones de reproducción de su fuerza de trabajo así como de un perfil característico de salud-enfermedad. Es por esto que Breilh sustenta la propuesta que cada clase social presenta un *perfil epidemiológico* característico producto del perfil reproductivo (calidad de vida), que determina un perfil de salud-enfermedad igualmente característico.

Así como la inserción en el aparato productivo determina las formas de trabajo, la cuota y las formas de consumo, así también define los límites reales para el surgimiento de las estrategias familiares de vida. Cada grupo social dispone de recursos históricos y actuales típicos que permiten forjar el núcleo familiar, espacio esencial de reposición y de preparación de la fuerza de trabajo potencial. Es en este espacio en donde se elaboran y procesan la mayor parte de bienes que ingresan desde el mercado y desde el

Estado y en donde se produce la hominización temprana de los hijos. En palabras de Campaña, es éste el laboratorio de humanización del niño, laboratorio que para su funcionamiento requiere una serie de elementos fundamentales tales como tiempo, espacio, servicios, dirección, conocimiento, capacidad de transformar la información en medidas de crianzas adecuadas, conciencia del papel del hijo en el proceso futuro de producción del mundo humano social, etc. De acuerdo a la clase social, estos elementos podrán hacerse presentes en mayor o menor cuantía y calidad, facilitando o impidiendo el desarrollo y crecimiento del vástago, así como su conformación biológica, síquica y social.

Con el apoyo de las teorías social y clínica, con la definición de la proyección política, con los nuevos datos empíricos que constantemente va el investigador demandando a la realidad sensorial, llega entonces el momento en que el objeto de estudio aparece claramente delimitado, es decir, se ha construido una teoría epidemiológica sobre el objeto y se ha logrado que las versiones y conjeturas adquieran el estatuto de hipótesis y a su vez ha surgido nuevas hipótesis a partir de la ampliación del horizonte de visibilidad que

brinda la teoría integral sobre el objeto. Se ha creado un concreto de pensamiento, en donde la salud-enfermedad colectiva, como expresión biológica, es al mismo tiempo social. Lo social se subjetiva en lo biológico y lo biológico se objetiva en lo social.

Los aportes de Breilh, en particular, y de la epidemiología crítica, en general, permiten comprender las relaciones y las determinaciones sobre el objeto-problema de estudio, pero esos aportes deben dialectilizarse con aquellos que permiten interpretar la forma como el sujeto puede condicionar el cambio o transformación de dichas condiciones a través de acumulación de fuerza o poder humanizante. Los aportes de Testa, Rovere, Trujillo y col. y otros compañeros latinoamericanos, así como los de Matus, son los que posiblemente mayores luces dan al respecto.

Es necesario insistir en que no se propone que la investigación para la acción primero explique íntegramente el problema (concretización del objeto) para luego pasar a comprender las fuerzas viables y factibles para su transformación (contextualización), sino que se los combine bajo un criterio de viabilidad.



Artículo 4

Investigación y salud pública: una mirada hacia el futuro*

Abordar el tema del futuro de la investigación en salud en el momento histórico en el que vivimos es una tarea bastante difícil. El legado del Iluminismo que nos prometía la posibilidad de 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 ha pasado a constituir una ideología constantemente desmentida por la historia.

El siglo XX 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. Para muchos autores, la modernidad 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: 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 cómo 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 los cuerpos individuales y colectivos transformados en objetos aseguraría el éxito.

Odontólogos, médicos, enfermeras y personal de salud en general 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 todas las enfermedades, curar y rehabilitar sus maltratos mecanismos. Al apagarse este oscuro fin de siglo empezamos a comprender que la salud se halla en la propia vida de la gente, su forma de comportamiento, su relación diaria y cotidiana y su “irracional” existencia. Comenzamos a entender nuevamente 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 del sujeto. Sueños deificados que se han transformado en pesadillas que nos obligan a despertar.

Enceguecidos por la luz de la razón instrumental parece que en este momento es obligatorio también mirar al ensombrecido sujeto individual, 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

* Ponencia presentada en la Sexta Jornada Científica de Odontología. Maracaibo, Venezuela; 1996.

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

recordar que los hombres y mujeres debemos establecer los fines mientras que la ciencia tan solo tendrá que ser un medio.

La salud pública

En el campo específico de la salud pública, ámbito en el que conozco un poco más, ha sucedido algo similar. Foucault nos relata que ésta se organiza en la segunda mitad del siglo XVIII bajo una doble mirada: la primera relacionada con el buen comportamiento del cuerpo humano, aspecto que más tarde daría nacimiento a la higiene y otra relacionada con el papel normatizador del Estado sobre la población en cuanto a biopolítica estatal.

La constitución de la *medicina social* en el seno de los Estados absolutistas en Europa anunció, desde un comienzo, que muy rápidamente dejaría de ser un pensamiento alrededor del público para constituirse, como nos enseña el mismo Foucault, en un brazo estatal: normatizador en Alemania en cuanto “policía médica” e higiene social; vigilante de los cuerpos y del espacio ciudadano industrializado en Francia; controlador de las enfermedades de los pobres para que no contagien a los ricos en la Inglaterra prerrevolucionaria, o impulsora de la reproducción de la escasa mercancía-fuerza de trabajo en la Inglaterra de la revolución industrial.

La salud pública europea participó, entonces, en la construcción de los Estados, en la normatización de los comportamientos, en la marginación de los locos, de los enfermos contagiosos y de los asesinos, en la constitución de una sociedad o un organismo social sano, productivo y racional. La salud pública se constituyó en Europa en el momento en que la razón y la modernidad —que en un inicio nos habían ofrecido abundancia, libertad y felicidad— habían decidido conculcar las dos últimas para asegurar la pri-

mera. La libertad y la felicidad individuales y grupales se habían transformado en poder de la nación-Estado, de la ley, de los centros productivos y a cambio terminaron entregándonos la feliz libertad de la potencialidad de consumo en un mercado que más tarde se consolidaría y trataría de dictaminar todo lo que es bueno y malo en la vida social.

Desde el momento en que la modernidad nos dio un sitio para constituir la salud pública, ya pesaba sobre nosotros el baldón de una libertad negada y una felicidad conculcada; la salud pública se transformó, entonces, en razón instrumental al margen del sujeto real y viviente. La salud pública o “ciencia” social y política sobre la salud, desde su apareamiento ofreció una especial respuesta ante las exigencias de la sociedad: apareció como respuesta racionalizadora instrumental alrededor de la enfermedad colectiva ante el requerimiento normatizador, controlador, educador del Estado que pugnaba por forjar cuerpos trabajadores útiles y dóciles.

El pensamiento de la *higiene social* viajó hacia América donde se consolidó y se envolvió en la febril práctica de colonización de nuevos espacios productivos: el comercio y los puertos la convocaron mientras que la producción agrícola latinoamericana e industrial norteamericana la comprometieron. En el primer espacio, como nos instruye Juan César García, se desarrolló en cuanto vigilancia (cuarentena) y guerra “erradicadora” contra los vectores; en el segundo se concentró alrededor de la capacidad productiva de la fuerza de trabajo.²

La formación de los recursos humanos y la investigación en este campo pasaron a cumplir un papel fundamental en el empeño colonizador. Elizabeth Fee, en su libro *Enfermedad y descubrimiento*³ relata la forma en que nació la primera escuela de salud pública del continente

2 Breilh, J. *Epidemiología: epidemiología, medicina y política*. República Dominicana: Sespas; 1984.

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

americano: tres universidades compitieron ante el llamado de la Fundación Rockefeller. La Universidad de Harvard que abogaba por un curso con predominio de la ingeniería sanitaria y el estudio de la higiene industrial, la mortalidad infantil y la inspección escolar. La Universidad de Columbia que propuso como eje medular las ciencias sociales y la economía política y que asignaba un papel muy secundario a los aspectos médicos y sanitarios. La Universidad Johns Hopkins —morada del Dr. Flexner, padre del modelo médico de formación centrada en la investigación biomédica y de cuidado hospitalario, que hasta ahora nos acompaña— que formuló una propuesta más centrada en la investigación científica, la estadística, la epidemiología, la bacteriología y la medicina preventiva. Obviamente, la propuesta de Flexner-Welch fue la seleccionada.

Las escuelas de salud pública de América Latina reprodujeron el modelo Flexner-Welch-Howell e implementaron hasta la década de los sesenta, con tan solo algunas modificaciones en los currículos, que, por otro lado, no fueron de gran trascendencia. Welch y Howell organizaron la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins con base en dos departamentos: higiene patológica e higiene fisiológica. La higiene patológica estaba dirigida a la “cacería de los agentes patológicos de las enfermedades, sean estos bacterias, virus, insectos, protozoos o parásitos”,⁴ más tarde se sumó la inmunología como ciencia dedicada a estudiar la resistencia biológica ante dichos agentes. La higiene fisiológica, en cambio, requería de la experiencia epidemiológica, administrativa y sanitaria con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad. En esa medida, la higiene fisiológica abordaba la enseñanza de la nutrición, las reglas del buen vivir, la epidemiología como ciencia que explica la distribución de las enfermedades, la estadística, la administración y la ingeniería sanitaria. Las ciencias sociales, políticas y filosóficas fueron dejadas de lado o tan solo matizaron algunos contenidos centrales de carácter biologista.

Tuvimos que esperar hasta la década de los sesenta para que se incluyan las ciencias del comportamiento humano en la investigación, docencia y acción sanitaria, y sin embargo, dimos desde comienzos del siglo un gran peso a la investigación del comportamiento de los vectores, parásitos, bacterias y virus. Sabíamos más sobre su caprichoso comportamiento que sobre el comportamiento humano y pusimos tan poco interés en la cultura comunitaria, en sus creencias y tradiciones porque aquellos rezagos “irracionales” serían supuestamente barridos por la diosa razón.

La epidemiología

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 participado de manera importante 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 cuanto historia, el lugar como espacio socialmente determinado y la persona adquiere un estatuto económico-social en cuanto 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.

4 Fee, E. *Ibidem*.

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 sujeto individual y colectivo. En esa medida, no existe ninguna posibilidad del juego de indeterminantes que pueden cambiar la direccionalidad del futuro y establecer múltiples potencialidades del desarrollo de la sociedad y de su salud-enfermedad.

La *epidemiología crítica* ecuatoriana 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 está dando 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 salud mejor; 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.

La *epidemiología crítica* ecuatoriana 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 homogeneizante manejado por una burocracia sapiente. La población llana y simple que, supuestamente, 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 postempírica. La propuesta de Habermas⁵ de comenzar por una hermenéutica 0 (cero), 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 comunicación 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 las rutinas sociales. Touraine nos impulsa a adentrarnos aún más en el estudio del sujeto individual y comprenderlo; escuchar su voz, que

5 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa: Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus; s/f.

no es introspección sino lucha por la libertad contra la lógica de la mercancía y el poder.

Todos los autores citados critican la razón instrumental y rescatan un dualismo, a través del cual rechazan la posibilidad de identificar al sujeto individual con el sujeto universal. El abordaje del primero es distinto y contrapuesto al abordaje del segundo. El sujeto individual no puede ser entendido desde la lógica totalizante del segundo, si aquello ocurre desaparece la individualidad, se debilita el yo y pasa a primar la voz dominante y homogénea de la sociedad comandada por la razón instrumental que impulsa la productividad, el orden y la dominación.

La salud pública no puede matar en el pensamiento al sujeto realmente existente para luego intentar comprenderlo, tiene necesariamente que interpretar la forma cómo la gente forja sus criterios preteóricos sobre salud, elabora sus principios ético-morales, construye su personalidad y desarrolla su práctica y lucha cotidiana. El salubrista tiene entonces la posibilidad de buscar más tarde el apoyo de la lógica científica a través de una hermenéutica 1 (uno) 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.⁶

La búsqueda de la comprensión del mundo de la vida privilegiando la constitución del sujeto, 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 cuanto las eticidades y los elementos de emocionalidad y estética se alimentan también de nuestro mun-

do 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.⁷

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. En otras palabras, es necesario construir el conocimiento en forma tal que factibilice que el propio individuo o población sea el 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 el sujeto en búsqueda de su libertad y liberación y desde su acción comunicativa que 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 tenga capacidad de conocer las determinaciones, pero al mismo tiempo pueda asombrarse ante las indeterminaciones que surgen desde la propia práctica

6 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.

7 Algunos elementos alrededor de esta problemática es posible encontrarlos en: Granda, E. *El cólera en Guayaquil, algunas reflexiones*. Quito: Fundación Ciudad; 1996.

poblacional y comprenderlas. Necesitamos un nuevo contrato epidemiológico que apunte a la forja de la razón, la libertad y la felicidad.

En ese ejercicio de mirar las indeterminaciones, tendremos que también cambiar la forma de mirar 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.⁸ La epidemiología tendrá que comprender que no solo el hombre sano sino la naturaleza sana es la 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 manera de relacionarnos con la naturaleza, a través de la cual nuestra racionalidad medio-fin dé paso a una nueva racionalidad antiguerrera para no derrotarla, porque la necesitamos sana para construir nuestra salud. Además de un nuevo contrato social requerimos un nuevo contrato con la naturaleza.

La administración en salud

La salud pública no solamente 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, como habíamos dicho en párrafos anteriores, las formas de intervención 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 normatización, o para la co-

lonización, 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. De 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, el sujeto individual y grupal, 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 movilizadada a través de las cosas y manejada por salubristas que depositan acciones normatizadas sobre una población objetualizada que supuestamente ganará su salud en cuanto merma de enfermedad. En otras palabras, la salud pública interpreta que la fuerza del aparato del Estado es el único poder capaz de modificar la enfermedad y no hace un esfuerzo por comprender 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 del Estado propone minimizar las acciones de salud, como nos está ocurriendo actualmente? Sin lu-

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

gar a dudas se produce una crisis en los “objetos-poblacionales” que recibían dicha acción y obviamente aparecen mayores tasas de mortalidad, morbilidad, etcétera; pero la mayor crisis interna ocurre entre los sanitaristas que quedan sin la estructura y la fuerza necesarias para seguir aplicando sus recetas. El enflaquecimiento del aparato del Estado en salud produce, entonces, una crisis objetiva y una crisis subjetiva.

La crisis objetiva se hace presente, entre otras cosas, en el incremento de enfermedad y muerte que nos acompaña en estas últimas décadas, en el descalabro de nuestros servicios de atención, en el incremento de la desocupación y la pobreza. 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, quienes no encontramos una nueva alternativa 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 esperando en que algún momento sí podría, al menos, un poco más. Ahora que el Estado “no quiere ni puede”, entonces el dilema es más 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 mercado”. 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 conjuntamente con ella construir Estados de-

mocráticos 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 centra su labor en las normas previamente constituidas y desde ellas baja 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 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 interrelaciones entre particulares que luchan por su salud y vida. De obedientes pasaríamos a ser deliberantes.

Pero para llevar a cabo la empresa anterior, necesariamente 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 pero a buscar lo que los une, a luchar por el avance de identidades individuales y grupales pero, al mismo tiempo, a procurar las maneras de interrelacionar dichas individualidades y particularidades. En otras palabras, requerimos conformar nuestro cuerpo subjetivo y nuestra corporeidad objetiva, nuestra corporeidad orgánica y nuestra corporeidad inorgánica. Siempre tuvimos dos cuerpos, uno que está por dentro de nuestra piel y otro, por fuera, 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: comunidad, institucionalidad y Estado. La salud pública tiene, entonces, que conquistar un nuevo plano de la *política*.

Una política que parte desde los propios sujetos, 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 cuanto 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 de construcción de salud, libertad y felicidad y, al mismo tiempo, de oposición a la inequidad, miseria y descomposición social.

La voluntad se forja legítimamente a través de la cooperación argumentativa. Y esta, “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”.⁹ Pero el orden político debe ser concebido como razón en el ejercicio de la *potestad*.

El poder solo existe como potestad en la medida 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”.¹⁰ Solo existe como potestad en la medida en 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 la subjetividad de nuestra gente, desde su realidad óptica, sobremonte lo particular y apoye la construcción de lo público y del nuevo estado en salud. Este sería parte del reto para constituir un nuevo contrato social en salud pública.

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 de forma distinta. Cada

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

10 *Ibidem*, p. 106.

momento la propia ciencia nos advierte que es fundamental que el hombre ponga los fines y que la ciencia tan solo ponga los medios.¹¹

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.¹² En esa medida, se reconoce que la voluntad general 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, etcétera.

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 hecho 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 pública, 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 transpa-

rentamiento de lo humano y las potencialidades de reproducirlo. Al respecto, los planteamientos de Giddens, Habermas, Touraine, de la hermenéutica, del interaccionismo simbólico, de la etnometodología brindan importantes asideros para esta forma de pensar distinta.

También vamos encontrando 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 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 estatal 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 raja tabla, 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 las minorías y se oponen a los requerimientos de la salud pública.

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

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

Surge, por lo tanto, la necesidad de fundar un nuevo contrato social que reconozca tanto la contractualidad central o estatal, cuando la contractualidad interindividual o intergrupala. En esa medida, es indispensable reconocer el mercado como una realidad históricamente existente, esto es, creada por el hombre para asegurar el intercambio 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 exista 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 del 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 cons-

tantemente dándose en la inagotable riqueza, creatividad y libertad de los sujetos individuales y colectivos que 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, construya una centralidad o totalidad estatal democrática.

La elaboración de un nuevo contrato social que desarrolle una contractualidad central y al mismo tiempo promocióne 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 auto constituirse en sujetos *de* la misma.

La constitución de la salud pública en cuanto 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 cuanto labor dirigida por y para el mercado también se va agotando porque esta última estrategia ha demostrado que únicamente ha logrado mejorar la salud del dólar. La primera

versión avanzó 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. En ambos casos, la población 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 la 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 permitan 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 normatizar nuestro propio ser.¹³

El negocio de la enfermedad y la 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. Esa es la realidad tan simple y tan compleja que la salud pública no pudo interpretar ante la lujuria del poder, del dinero y de la ciencia. Es, entonces, el momento en 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.

La investigación social: mirando hacia el futuro

Insisto nuevamente que es muy difícil, en los momentos actuales, predecir los caminos que tomará la ciencia en el futuro, pero si es posible escuchar las diversas y, en muchas ocasiones, contrapuestas voces de todos aquellos grupos sometidos a la élite ilustrada —indígenas,

13 “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 nas ciencias da vida*. Lisboa: Edições 70; s/f.

trabajadores, mujeres, niños y gente común— que se niegan a reconocer como moderno un mundo que desconoce sus experiencias particulares.

Creo que, por otro lado, no dejan de impactarnos las denuncias de muchos pensadores tales como Feuerbach, Kierkegaard y Marx que protestaron contra las falsas mediaciones solo efectuadas en la cabeza de los filósofos, entre la naturaleza subjetiva y la objetiva, entre el espíritu subjetivo y el objetivo, entre el espíritu objetivo y el saber absoluto. Tampoco podemos dejar de lado aquellas voces que desde inicios de siglo han venido criticando una modernidad que paulatinamente se transformaba en modernización impuesta; me refiero a Nietzsche, Heidegger, Freud, Bataille, Adorno, Horkheimer, Derrida, Foucault.

Desde diversos sectores se levantan críticas duras a la ciencia por su incapacidad de ver al ser humano, por su negativa a introducir en su seno sus sentimientos, su ética, sus verdades, sus costumbres y creencias.

La investigación social en nuestros países y en el mundo entero no tiene hoy un derrotero fijo, la voz del sujeto humanizado ha sustituido la supuesta unidad de un mundo creado por la voluntad divina, la razón o la historia y ahora *reconoce la dualidad de la racionalización y la subjetivación*. La ciencia ha perdido el derecho de ser fin y medio, las voces del hombre y la mujer, el niño y el viejo, el indio y el negro tienen todo el derecho a establecer desde su propio mundo los postulados de la verdad y, por lo tanto, también los fines. La ciencia, tan solo, puede ser medio. Los sujetos individuales y particulares siempre establecieron los fines que fueron denegados por la religión, el poder y la ciencia, ahora en cambio vivimos un mundo de múltiples fines y variados medios, donde la ciencia es uno de ellos, de alto valor y eficacia.

El renacimiento de la dualidad racionalización-subjetivación, en esta etapa, nos recuerda aquellos planteamientos similares ocurridos en la historia y que fueron criticados por nuestro

deificado intento de encontrar una explicación global atada a la racionalidad, creo que debemos retornar a ellos para recuperar algunos hilos que nos ayuden a construir una urdimbre diferente.

También nos abre grandes expectativas ante la posibilidad de redimir aquellas ofertas de la modernidad denegadas por la modernización impuesta y dominante, es decir, encontrar nuevamente la posibilidad de construir la abundancia, la felicidad, la libertad y la justicia.

En este desfiladero se ubica la investigación en salud. En la actualidad es posible encontrar propuestas científicas que insisten en el encuentro del *uno*, o *absoluto* representado por la razón. En el otro extremo se ubican aquellos que niegan cualquier posibilidad de pensamiento unitario, cualquier posibilidad de coherencia y encuentran tan solo diferencias, expresiones locales, existencias particulares.

Los primeros continúan prometiéndonos cielos a ser conquistados en el futuro, nirvanas que serían alcanzados a través de nuestra total supeditación a supuestos prometeos concedores de las vías para el acceso a la única verdad que será vivida más tarde, que nos permitirá salir de la miseria e irracionalidad presente, siempre y cuando dejemos de lado nuestra libertad y aceptemos las predicciones encasilladas en la filosofía de la historia que siempre han conducido a la forja de Estados panópticos.

Los segundos, al aceptar la muerte de Dios, nos proponen romper con las convenciones, encontrar la vida en el progreso, en la evolución; dejar pasar, dejar hacer. No continuar soñando en la sociedad iluminada por la razón, sino escapar a la influencia de la sociedad y los poderes, bien para refugiarse en la experiencia estética, bien para escapar en la sexualidad liberada, bien para rescatar viejas religiones o propuestas de nacionalismos extremistas, o bien para participar desenfrenadamente en la sociedad de consumo. Las propuestas antimodernas, tan en boga, nos proponen huir, alejarnos de la *mass*

media, encumbrarnos por encima de la realidad terrena o aprovecharla como parte de dicha huida.

Considero que la investigación en salud no puede ubicarse en ninguno de los campos, sino que requiere, como dice Alain Touraine, “ayudar a la emergencia del sujeto aumentando la voluntad y la capacidad de los individuos para ser actores de su propia vida”.¹⁴

El método

Al participar de una visión dualista, aparecen algunos problemas que deben ser pensados con alguna profundidad.

El primero hace relación a la verdad. La religión sostiene que la verdad está en Dios. El iluminismo y la Ilustración defienden que la verdad se encuentra en el dios razón. Ambas sostienen que la verdad nunca se halla en el *sujeto* humano real. Tan solo el historicismo reconoce que la verdad será encontrada por el *sujeto* universal en cuanto realización de la verdad absoluta conforme sostiene Hegel o en la realización del *sujeto* como igualdad absoluta en el comunismo conforme sostiene el estalinismo. Entonces, los sujetos individuales y particulares no podemos tener derecho a sostener ninguna verdad porque nos hallamos fuera de la logicidad¹⁵ o porque todavía estamos ubicados en la sombra de la irracionalidad. La verdad siempre está lanzada al futuro como realización del *absoluto*.

El planteamiento anterior ha sido profundamente cuestionado porque bajo la supuesta lucha por la verdad total a ser alcanzada en el futuro nos han terminado imponiendo Estados

panópticos e inhumanos. La verdad, entonces, tiene que necesariamente pisar el aquí y ahora, tiene que posibilitar la construcción de la subjetividad y la objetividad. Tiene que posibilitar la construcción de lo subjetivo en el camino hacia la construcción de lo objetivo; en esa medida, la búsqueda de la verdad tiene que supeditarse a la *ética del sujeto*. En otras palabras, la investigación en salud tiene necesariamente que dirigirse a ayudar la emergencia del *sujeto* aumentando la voluntad y la capacidad de los individuos para ser actores de su propia vida.

A partir de lo anterior, el apoyo a la emergencia del *sujeto* pasa a constituir el eje de la investigación. En otras palabras, la verdad del sujeto: sus valores, sus veridades, sus necesidades, constituye el primer paso a ser investigado; es por esto que Habermas y Giddens plantean que el primer momento de aproximación a la vida social debe ser realizado a través de una hermenéutica preteórica o hermenéutica 0 (cero) que indague alrededor de la problemática ligada con la existencia real de los sujetos. Habermas pone especial interés sobre el aspecto comunicacional mientras que Giddens da mayor importancia a la práctica, mientras critica la reducción que hace Habermas de la acción al dar tanta importancia a la comunicación.

Touraine busca un derrotero distinto: parte de la afirmación del valor universal de la naturaleza libre del *sujeto*.

“Cuando más nos acercamos a lo universal, y, por tanto a la modernidad, es cuando nos reivindicamos a nosotros mismos como sujetos, transformando nuestra individualidad, impuesta por nuestro ser biológico,

14 Touraine A. Op. cit. p. 463.

15 La lógica clásica se caracteriza por la noción de “conjunto” concebido como una reunión de elementos en relación. Estas relaciones son relaciones de “partes extra partes”; es decir, relaciones de pura exterioridad, donde las relaciones entre los elementos integran un conjunto por una decisión arbitraria o libre del sujeto investigador, y no por la actividad misma del elemento. Corisco. *Siete elementos para una epidemiología crítica*, (policopiados).

como producción de nuestro Yo, como *subjetivación*. Y esa producción de sí mismo solo se opera en/por la lucha contra los aparatos, sobre todo contra los sistemas de dominación cultural, en particular contra el Estado, cuando éste domina la cultura tanto como la vida política y económica... es el sujeto y no lo intersubjetivo, es la producción de sí mismo y no la comunicación, los que constituyen el fundamento de la ciudadanía y dan un contenido positivo a la democracia".¹⁶

A pesar de los desacuerdos entre los diferentes autores, sin embargo, todos reconocen la necesidad de escuchar la voz del *sujeto* real y viviente y la voz del sistema. Habermas plantea la existencia de una doble racionalidad, de una doble verdad, la una que ocurre en el mundo de la vida donde se desarrolla la acción comunicativa y otra que se conforma como sistema dominado por el lenguaje del dinero y el poder y que siempre intenta colonizar el primero. Giddens sostiene que la acción no puede ser dilucidada sino desde la especificidad histórica de los modos de actividad de los hombres; rechaza el determinismo y al mismo tiempo critica la posibilidad de tomar en cuenta una libertad no calificada. Touraine rescata la producción del Yo como subjetivación en lucha contra los aparatos y sistemas de dominación y confía en los movimientos sociales como fuerzas para cambiar la vida.

El futuro de la investigación en salud

No solo en las ciencias sociales ocurre el debate que hemos señalado anteriormente, también las ciencias naturales hacen serios cuestionamientos a su propio método. Las modernas ciencias naturales nos dicen ahora 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 siste-

mas físicos en actividad, cuando se encuentran lejos al equilibrio pueden constituir formas evolutivas irreversibles y cualitativamente diferentes, que existe sensibilidad, inestabilidad y bifurcación, que los atractores caóticos posibilitan la forja de innumerables trayectorias, que imposibilita la predicción. En otras palabras, los científicos naturales nos indican que la definición de su objeto de investigación no está dada de una vez por todas, sino que puede depender de la manera intrínseca del régimen de actividad de lo que estudian.

Los científicos de la naturaleza nos piden que comprendamos que la física ha quebrado su noción de ciencia modelo, siempre basada en las leyes invariantes y nunca cercana a las variaciones, al cambio. Que el requerimiento de la invariabilidad, del equilibrio estaba siempre concebido bajo la necesidad de mantener los sistemas sometidos a quien los manipula.

Prigogine y Stengers¹⁷ nos dicen que la idea de causa científica 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.

Los investigadores de la naturaleza reconocen ahora la constante variabilidad de los fenómenos y esencias naturales y la imposibilidad de la existencia de leyes eternas. Interpretan, más bien, que el cosmos se halla viviendo un eterno reinicio. Los físicos, biólogos, ecólogos y todos los que conversan con la naturaleza y la vida

16 Touraine, A. *Ibidem*, p. 430.

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

reconocen que su conocimiento es limitado y que el Dios razón no tiene posibilidades concretas de establecer la direccionalidad de su deambular. Solo el orgullo de la *razón* transformada en *poder* establece la eternidad sin el tiempo, la determinación sin los indeterminantes. Los indeterminantes producidos por la propia actividad de las moléculas son totalmente impredecibles y tan sólo previsibles, razón por la que nos recomiendan un nuevo diálogo con los cuerpos animados e inanimados para no derrotarlos, para no acabar destruyendo nuestro globo terráqueo.

Las ciencias de la salud constituyen un espacio de interrelación de las ciencias y prácticas sociales y de las ciencias naturales. La medicina, la odontología, la enfermería y todos los trabajadores de la salud tenemos que interpretar este doble lenguaje. Nos es obligatorio aproximarnos a los cuerpos humanos mirándolos como sujetos.

Tanto los investigadores como los accionadores en el campo de la salud tenemos el cometido de apoyar la emergencia del sujeto fortaleciendo la voluntad y la capacidad de los individuos

para ser actores de su propia vida; ese parece ser nuestro fin fundamental. No es posible continuar desarrollando la investigación apartados de este comando ético ya que disponemos de una inmensa cantidad y variedad de conocimientos científicos que son profundamente verdaderos, pero que son inaplicables dentro de las especiales condiciones de vida de nuestras poblaciones. Conocemos la fisiología y fisiopatología de la diarrea, tenemos los elementos fundamentales para su tratamiento, sin embargo, siete millones de niños en los países dependientes mueren anualmente por este problema.

Considero que el futuro de la investigación de la salud en nuestra América Latina puede seguir por variados e incalculables caminos, aquello dependerá de nuestra posibilidad de comprender y dar cuenta de nuestros verdaderos problemas. Parafraseando a Touraine, es posible decir que esperamos en el futuro, los investigadores *de abajo*, los que hablan del individuo y de los derechos del hombre, puedan reemplazar a los investigadores *de arriba*, aquellos que solo hablan del sentido de la historia, aquellos que han sido seducidos demasiado tiempo por el poder que les confiere ser representantes de la razón.

Artículo 5

Comportamientos comunitarios y la prevención del cólera. Estudio de casos en la población urbano marginal de la ciudad de Guayaquil*

Elementos epistemológicos¹

Nuestra forma de mirar la salud

La forma más común de aproximarse al problema salud-enfermedad ha radicado en un intento de conocerlo como un hecho objetivo y cristalizado que debe ser explicado para luego intervenir sobre el mismo.

Es una *verdad parcial* que el problema salud-enfermedad existente en un momento determinado es un hecho objetivo y cristalizado, producto de los determinantes que obraron para que aquel se constituyera como tal. Pero otra parte de la verdad es que la problemática salud-enfermedad también es un acontecimiento que está dándose en el presente, esto es, está ocurriendo, es un devenir.

No existiría gran problema con esta aseveración, porque si el devenir es tan solo producto *total* de la determinación, lo único que se debería hacer es proyectar dicho comportamiento hacia el futuro con miras a predecirlo. Pero este planteamiento parece no soportar la crítica que hoy hacen los hallazgos de las ciencias naturales y sociales. Éstas nos dicen que la realidad no es una eternidad basada en leyes, que el presente no es producto total del pasado determinista, sino que, más bien, vivimos en un eterno reinicio producto de indeterminantes o de probabilidades que abren constantemente posibilidades

de bifurcación de los caminos, los mismos que cuestionan las seguridades predictivas de la razón decimonónica omnipotente y determinista que acompañó nuestra investigación durante buena parte del siglo XX. Los nuevos descubrimientos nos vuelven a hablar sobre la necesidad de que los hombres siempre escojan sus fines, allí donde las ciencias solo definen los medios.

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, la existencia del presente;
- b) Integrar la noción de *acontecimiento*, el mismo que no puede ser deducido de una ley determinista, lo cual implica que 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 auto-organización, esto es, originan nuevos comportamientos colectivos de partículas correlacionadas que generan transformación cualitativa. Esta es la razón por la cual la física ha introducido conceptos tales como *sensibilidad*, *inestabilidad*, *bifurcación*.

* Trabajo científico realizado en 2000 por el equipo de salud de la Coordinación de Investigación de la Universidad Católica de Guayaquil, dirigido por el Dr. Ricardo Cañizares.

¹ Elementos teóricos-epistemológicos elaborados por el autor para la presente investigación.

Por otro lado, 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.

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.

En el momento actual, las ciencias naturales proponen un diálogo con la naturaleza a través del cual ya no es posible seguir hablando de “leyes universales extrahistóricas”, sino que es necesario añadir “lo temporal y lo local”.

Ciencias sociales y salud

Profundamente influenciadas por la razón instrumental heredada de la ciencia física clásica, por el paradigma de la producción y por las filosofías de la conciencia, parece que algunas ciencias sociales, que constituyeron la base fundamental para el desarrollo de la investigación epidemiológica en nuestro país, intentaron explicar al hombre al margen de su acción que se origina en el mundo de la vida social.

La investigación epidemiológica dominante en los últimos veinte años en Ecuador ha desarrollado un serio y, al mismo tiempo, ingenuo convencimiento de que el método de investigación epidemiológico determinista es el único pasaporte válido para organizar la práctica en salud. Se jus-

tifica la validez de aquel conocimiento científico como requisito *único e indispensable* para la práctica científica, porque supuestamente solo con éste se puede explicar el objeto de estudio como parte de un todo y como producto de la historia, y en esa medida es posible *predecir* el futuro comportamiento del mismo, elemento fundamental para la transformación de la realidad.

Si la predicción científica ya no la defienden ni siquiera las ciencias físicas, en las cuales se originaron los criterios de validación científica de nuestras epistemologías particulares, si aquellas más bien hablan de previsión, sin embargo, desde la salud pública intentamos *predecir* con nuestro método epidemiológico el comportamiento de los hombres sanos y enfermos.

Tanto el mundo natural cuanto el mundo social se encuentran determinados y en constante devenir, pero su diferencia radica en que, en el segundo, el conocimiento se transforma en conciencia y sentido de necesidad y necesidad de acción que encubre una potencialidad para la acción, entonces es necesario pensar que para poder estudiar el proceso salud-enfermedad se requiere reubicar a los *sujetos* sanos y enfermos no únicamente para explicarlos sino para comprenderlos y conjuntamente construir potencialidades de acción.

La antropología, en su intento de conocer y comprender la cultura como un hecho dado, determinado y como una realidad humana que surge desde el mundo simbólico, ha debido elaborar propuestas de carácter nomotético y también ha desarrollado aproximaciones ideográficas, las cuales pueden ser de gran valor para avanzar en la comprensión de la salud y del comportamiento humano alrededor de la misma.

El materialismo cultural: ecología cultural

Harris, M.² plantea que las bases del materialismo cultural es posible encontrarlas en los clásicos del materialismo histórico:

2 Harris M. *El desarrollo de la teoría antropológica. Historia de las teorías de la cultura* (octava edición). México: Siglo XXI; 1988, p. 209.

“... por encima de su contexto hegeliano y de sus implicaciones político-revolucionarias, Marx y Engels fueron más lejos que cualquiera de sus contemporáneos en la formulación de una ley de la evolución cultural. Repasando los principales componentes de esa ley tenemos: 1. La trisección de los sistemas socioculturales con base tecnoeconómica, organización social e ideológica; 2. La explicación de la ideología y de la organización social como respuestas adaptativas a las condiciones tecnoeconómicas; 3. La formulación de un modelo funcionalista capaz de recoger los efectos de la interacción entre todas las partes del sistema; 4. La previsión del análisis tanto de las variables que mantienen el sistema como de las leyes que lo destruyen; 5. La preeminencia de la cultura sobre la raza”.

La estrategia propuesta por el materialismo histórico reconoce, por lo tanto, que la explicación de las semejanzas y diferencias culturales hay que buscarlas en los procesos tecnoeconómicos responsables de la producción de los requerimientos materiales de la supervivencia social. Estos parámetros tecnoeconómicos de los sistemas socioculturales “ejercen una presión selectiva a favor de ciertos tipos de estructuras organizativas y favorecen la supervivencia de la difusión de ciertos tipos de complejos ideológicos”³ y, por último, las principales similitudes y diferencias culturales es posible explicarlas en la medida en que se pueda identificar la naturaleza exacta de esos parámetros selectivos.

Esta estrategia materialista cultural es traída con fuerza por Leslie White y Julian Steward, quienes tratan de revitalizar el pensamiento de

Morgan y Tylor desarrollado en el siglo anterior. White hace una clara propuesta nomotética al establecer relaciones causales entre los subsistemas tecnoeconómico, social e ideológico:

“La cultura se convierte así primariamente en un mecanismo para almacenar energía y hacerla trabajar al servicio del hombre, y secundariamente en un mecanismo para canalizar y regular la conducta de éste no directamente relacionada con la subsistencia, la agresión, ni la defensa. Los sistemas sociales están, en consecuencia, determinados por los sistemas tecnológicos, y las filosofías y las artes expresan la experiencia tal como viene definida por la tecnología y refractada por los sistemas sociales”.⁴

White, por otro lado, intenta devolver a la teoría de la evolución su anterior preeminencia, tan venida a menos por influencia de los “antievolucionistas”, sobre todo Boasianos, y, en esa medida, acepta la definición conceptual hecha por Tylor:

“En conjunto parece que donde quiera que se encuentren artes elaboradas, conocimientos abstrusos, instituciones complejas, éstas son siempre resultado de un desarrollo gradual y más rudo. Ningún estado de civilización llega a la existencia espontáneamente, sino creciendo o desarrollándose a partir del estadio que le ha precedido”.⁵

Considera, por lo tanto, el desarrollo de la cultura como un proceso similar a la evolución natural de Darwin, y su motor es el aparato tecnológico.

3 Ibidem, p. 210.

4 White, L. *Energy and the evolution of culture*, *American Anthropologist*, 45, p. 335-56.

5 White, L. *The concept of evolution in cultural anthropology*. B., mencionado por Harris. M. Op. cit. p. 555.

White pone las bases para la utilización de los principales materialistas culturales en el estudio de los problemas relativos a las diferencias y semejanzas culturales, mientras que Steward ha tratado de “identificar las condiciones materiales de la vida sociocultural en términos de la articulación entre procesos de producción y hábitat”,⁶ a lo cual ha denominado *ecología cultural*. Él afirma que son tres los trámites que debe cumplirse bajo este enfoque:

“Primero, se debe analizar la interrelación entre la tecnología de explotación o producción y el entorno físico; en segundo lugar, se debe analizar las pautas de conducta seguidas en la explotación de un área particular por aplicación de una tecnología particular; el tercer trámite consiste en averiguar en qué medida esas pautas de conducta que se siguen en la explotación del entorno físico afectan a otros aspectos de la cultura”.⁷

El entorno cultural, según Stewart, ejerce una presión selectiva sobre la cultura, al eliminar aquellos elementos culturales que resultan menos adoptivos, al proporcionar mayores posibilidades de ejercer un control sobre el entorno.

Con base en la labor pionera de White y Steward, la estrategia del materialismo cultural ha avanzado de forma importante, y cada vez mayor cantidad de antropólogos desarrolla nuevos estudios con esta propuesta nomotética. La ecología cultural ha permitido establecer una conexión entre los fenómenos *emic* y las condiciones *etic* y en esta forma ha posibilitado la asociación entre las ciencias sociales y las ciencias naturales. Desde una perspectiva sincrónica promueve la investigación en colaboración con las ciencias médicas, la biología, la nutrición, la demografía, etc., mien-

tras que, diacrónicamente, el enfoque ecológico cultural establece relaciones con la arqueología, la historia, la geología, la paleopatología, etc.

Bajo los postulados de la ecología cultural, Rapaport⁸ avanza en la comprensión de lo que ella denomina la *antropología ecológica*. Se cuestiona alrededor de “la ecología de los hombres y la posible importancia de una perspectiva ecológica general en la comprensión y explicación de la cultura humana y las diferencias y semejanzas entre las culturas de pueblos del presente y el pasado”.⁹

Al ser la ecología una ciencia que estudia las relaciones entre los organismos vivientes y sus medios físicos, es una ciencia que intenta comprender los modos de vida de los organismos con referencia a los lugares que ocupan en los sistemas mayores de los que forman parte. Es por lo tanto una ciencia biológica, una ciencia de la conducta y una sociología de la naturaleza.

En el ecosistema, el intercambio alimenticio es lo más importante entre los organismos vivientes y sustancias no vivientes ligadas a intercambios materiales: “la materia intercambiada en una típica transacción ecológica entre los miembros de poblaciones diferentes no es materia genética sino tejidos vivos: uno se alimenta de otro... lo mismo sucede con los hombres”.¹⁰

La ecología, entonces, para Rapaport, trata de las transacciones entre todos los sistemas vivientes —organismos, poblaciones y ecosistemas— e intenta explicarlas en términos de unos cuantos principios generales, especialmente aquellos relativos a la “conservación de la energía, con el mantenimiento del equilibrio, y con la adaptación... están sujetos a la segunda ley de la termodinámica y tienden a la entropía: la

6 *Ibidem*, p. 567.

7 Steward, J. *Theory of culture change*. Urbana: University of Illinois Press; 1955, p. 40.

8 Rapaport R. “Naturaleza, cultura y antropología”. En *Hombre, cultura y sociedad*. México: Shapiro editor; Fondo de Cultura Económica; 1975, p. 261-292.

9 *Ibidem*, p. 261.

10 *Ibidem*, p. 262.

desorganización y la disolución”.¹¹ Pero, por ser sistemas abiertos, conservan también su estructura y funcionamiento por medio de la absorción de materia y energía del medio ambiente.

Los sistemas vivientes también tienden a ser cibernéticos, al regular su funcionamiento mediante un proceso de retroalimentación negativa; así también, regulan su propio número mediante restricciones de reproducción y territorios alimenticios por medio de organizaciones sociales jerárquicas. Los sistemas vivientes tienden constantemente al equilibrio y a la autorregulación. Además, persiguen la adaptación, lo que significa que en

“respuesta a los cambios sufridos en sus medio ambientes, cambian su misma organización, su estructura y funcionamiento... mediante el cambio de la composición genética en respuesta a las presiones selectivas de acuerdo a los principios de selección natural... o se adaptan a cambios ambientales a largo plazo a través de la reorganización de su conducta”.¹²

Los hombres pueden, según Rapaport, situarse dentro de los alcances de una perspectiva ecológica general estableciendo sus diferencias:

- El aprendizaje en los animales está más estrechamente determinado genéticamente que en el hombre.
- La conducta y organización sociales del hombre, en un grado casi absoluto, no están determinadas por su constitución genética, sino que los seres humanos nacen con capacidad para adquirir cultura, creencias, convencionalismos, conocimientos, técnicas

y artefactos dependientes de la invención y uso de símbolos, siendo el lenguaje el sistema simbólico fundamental.

Rapaport y Vayda¹³ reconocen la gran importancia de la esfera simbólica y, por lo tanto, aceptan la cultura como ontológicamente distinta del fenómeno orgánico. Interpretan que las leyes que gobiernan los procesos culturales son privativas del fenómeno cultural.

“Pero la distinción ontológica y las leyes especiales que gobiernan la operación no implican necesariamente autonomía funcional... Decir que la cultura están ‘hecha de símbolos’ y que los organismos están ‘hechos de células’ no implica que ambos no interactúen continuamente... Si bien puede suceder que hay leyes especiales (los antropológicos generalmente han fracasado en sus intentos por descubrirlas) que gobiernan los modos en que opera la cultura, debemos buscar en los sistemas naturales más amplios si hemos de entender los efectos y funciones del fenómeno cultural”.

La cultura, para esta versión de la ecología cultural:

“es un modo de referirse a la técnica predominante por medio de la cual una población humana se mantiene en su hábitat. Por lo tanto, las partes componentes de la cultura son idénticas, en principio, a la atracción que siente la abeja por la miel, las actividades de las aves para construir nidos, y los hábitos de cacería de los carnívoros. Sería una petición de principio argüir que estos últimos son instintivos mientras que las primeras no lo son”.¹⁴

11 *Ibidem*, p. 262.

12 *Ibidem*, p. 264.

13 Vayda, A. & Rapaport, R. “Ecology, Cultural and Non-Cultural”. Jamnews Clifton (ed.) *Introduction to Cultural Anthropology*. Boston: Houghton Mufflin; 1967.

14 Hawley, A. *Ecology and the Human Ecology*. Mencionado por Rapaport, Op. cit., p. 266.

Por lo tanto, no debe darse mayor importancia a las diferencias ontológicas que distinguen la cultura humana, que se basa en el uso de símbolos, de la conducta de otros animales en las que no ocurre lo mismo, sino resaltar su *equivalencia funcional*:

“La muerte y consumo de un ciervo por un león armado solamente de un par de garras y por cazadores armados con arcos y flechas o escopetas que hablan entre sí mientras cazan son, ecológicamente hablando, transacciones de un mismo tipo en lo general... No importa, desde el punto de vista del ecosistema, que la conducta del hombre sea cultural y que la cultura del león no lo sea... considerar así la cultura ni mengua lo que pudieran ser sus características únicas ni demanda ningún sacrificio de los objetivos tradicionales de la antropología”.¹⁵

Similar propuesta haría Kroeber con los valores, quien recomienda tratarlos “de manera similar a como las formas características, las cualidades y las capacidades de los animales son tratados en la zoología comparativa”.¹⁶

Rapaport, en su ecología cultural, propone encontrar las similitudes entre una clase de fenómenos, como organismos, poblaciones o sistemas vivos en general, lo cual debe preceder a cualquier entendimiento. Una vez encontradas las similitudes, es posible establecer las diferencias. Esto le lleva a acentuar de inicio el carácter del hombre como animal:

“Los hombres son animales, y como todos los animales están indisolublemente ligados a medios ambientes compuestos de otros organismos y sustancias inorgánicas a los cuales deben adaptarse para no perecer”.¹⁷

Pero el animal-hombre, para la ecología cultural, es bastante diferente del resto de animales: la cultura le ha proporcionado una mayor flexibilidad ecológica, puede habitar en distintos ecosistemas, captura e ingiere un número ilimitado de alimentos, puede modificar su medio ambiente en mayor grado, redistribuir los recursos. Participa del ecosistema no solo a base de la estructura y composición de ese ecosistema, sino del bagaje cultural de quienes entren en él y de lo que ellos y sus descendientes reciban posteriormente. Pero,

“la cultura, a través de sus relaciones con organismos que la portan, a fin de cuentas permanece obediente a las cosas vivientes, aunque las culturas pueden imponerse a los sistemas ecológicos, hay límites para esas imposiciones, ya que las culturas y sus componentes están sujetos a su vez a procesos selectivos”.¹⁸

Marvin Harris ratifica los planteamientos anteriores en interesante estudio sobre las vacas sagradas en la cultura de India.¹⁹ El amor a las vacas, como un hecho cultural, expresa:

“la capacidad latente de los seres humanos para mantenerse en un ecosistema con bajo consumo de energía, en el que hay poco margen para el despilfarro o la indolencia. El amor a las vacas contribuye a la resistencia adaptiva de la población humana conservando temporalmente los animales secos o estériles, pero todavía útiles, desalentando el desarrollo de la industria cárnica costosa desde un punto de vista energético; protegiendo un ganado vacuno que engorda a costa del sector público o de los terratenientes; y conservando la capacidad de recuperación de la población vacuna durante sequías y periodos de

15 Rapaport, R. Op. cit., p. 267.

16 Kroeber, A. *De nature of culture*, Op. cit.

17 Rapaport, R. Op. cit., p. 269.

18 *Ibidem*, p. 274.

19 Harris, M. *Vacas, cerdos, guerras y brujos*.

escasez... Si desean ver una verdadera vaca sagrada (en Estados Unidos), salgan a la calle y observen el automóvil de la familia”, el mismo que es un artefacto sagrado para una cultura de alto consumo y desperdicio energético.

Al estudiar las causas de la evolución cultural, Harris privilegia los factores demográficos, tecnológicos, económicos y ambientales:

“Bajo una propuesta tecno-ambiental (no tecno-económica), y sostiene que la aplicación de tecnologías similares a entornos similares tiende a producir disposiciones similares de la producción y la distribución, lo que, a su vez, da lugar a tipos de agrupación social similares, que justifican y coordinan sus actividades por medio de sistemas similares de valores y creencias”.²⁰

La cultura es, entonces, un aspecto totalmente determinado por la tecnología, la producción, la distribución y la agrupación social.

La ecología cultural: una visión crítica

Habíamos dicho en párrafos anteriores: es una *verdad parcial* que el problema salud-enfermedad existente en un momento determinado es un hecho objetivo y cristalizado, producto de los determinantes que obraron para que aquella se constituya como tal... Pero otra parte de la verdad es que la problemática salud-enfermedad también es un acontecimiento que está dándose en el presente, esto es, está ocurriendo, es un devenir. Además habíamos sostenido que las ciencias políticas, que han constituido la base para la investigación epidemiológica dominante en el país, al hallarse influenciadas por la razón instrumental heredada de la ciencia física clásica, por el paradigma de la producción y por las filosofías de la conciencia centradas en el sujeto, parece que intentaron explicar al hombre al margen de su acción, que se origina en el mundo de la vida.

Podríamos decir que similares problemas encontramos en el enfoque ecológico cultural: la cultura aparece como un hecho totalmente determinado, como un producto, como un objeto, pero en ningún momento este enfoque intenta comprender la cultura como una racionalidad que surge desde el mundo de la vida y donde los actores sociales participan en una acción comunicativa con miras al entendimiento sólidamente fundamentado en su mundo actual y simbólico.

La eterna discusión entre lo objetivo-subjetivo, entre la determinación total del mundo subjetivo por parte de lo objetual o la posibilidad de que el primero pueda establecer alguna racionalidad, se hace presente; la racionalidad instrumental de la ecología cultural intenta establecer su posibilidad nomotética, mientras que la racionalidad social como hecho comunicativo, como accionar teleológico a través del trabajo, como simbolismo, queda sin vigencia. Nuevamente, para la ecología cultural, el pasado es igual que el futuro, mientras que el presente no aparece o, a lo mucho, se estructura como una función perdiendo totalmente su carácter ontológico: el *ser diferente* de la cultura debe desaparecer para dar paso a su *equivalencia funcional*, manera en la cual podemos dar cuenta de nuestra urgencia de medirla y manipularla; así la ciencia termina poniendo el fin y el medio, mientras que el mundo de los hombres es declarado ilusorio ante la imposibilidad de que la racionalidad instrumental lo comprenda. En esta forma, no solo la cultura sino la organización social y la ideología tienden a ser variables totalmente dependientes, tal como nos recomienda Mervin Harris:

“Para demostrar que la ecología cultural es un caso especial de materialismo cultural hay que probar dos puntos: 1. Que en la estrategia de la ecología cultural las variables tecnoecológicas y tecnoeconómicas tienen prioridad en la investigación; 2. Que esa prioridad se les otorga con base

20 Harris, M. *El desarrollo de la teoría antropológica*. Madrid: Siglo XXI; 1980.

en la hipótesis de que, en cualquier muestra diacrónica amplia de sistemas socio-culturales, la organización social y la ideología tienden a ser las variables dependientes”.²¹

Leibniz renace y ratifica la simetría a través del principio de razón suficiente, esto es, la equivalencia entre la causa plena y el efecto completo.

“La aplicación de tecnologías similares a entornos similares tiende a producir disposiciones similares de la producción y la distribución, lo que, a su vez, da lugar a tipos de agrupación social similares, que justifican y coordinan sus actividades por medio de sistemas similares de valores y creencias”.

Conforme indica Marvin Harris, deberíamos aceptar un determinismo absoluto a través del cual deberíamos pensar que en las ciencias del hombre es posible encontrar una *reversibilidad* total entre lo que se pierde y lo que se gana; la ganancia tecnológica produciría la pérdida de tipos organizativos, valores y creencias de determinada naturaleza, y viceversa. La cultura no podría llevar a la *irreversibilidad* de los procesos, esto es, la quiebra entre el antes y el después, el apareamiento de lo nuevo, la generación de nuevas correlaciones. Para la ecología cultural, la cultura parece que se halla atrapada entre determinantes, es tan solo un producto funcional.

Hacia la búsqueda de alternativas

“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”.²²

Esto nos dicen Prigogine y Stengers.

¿Es posible que en la antropología médica logremos visualizar al unísono el tiempo y la eternidad? En otras palabras, requerimos visualizar el tiempo irreversible de las descripciones fenomenológicas de la subjetividad humana y de la eternidad inteligible de las leyes objetivas, las mismas que deben aparecer bajo una nueva luz; como un eterno recomenzar. En esa manera no aparecería como un mundo pasivo, dominable, funcional y transparente ante la racionalidad instrumental que intenta dominarla, sino que lograría su propia racionalidad, con su estatuto de sujeto y no únicamente como objeto. La cultura ganaría libertad en cuanto acontecimiento.

La problemática real radica, entonces, en: **1.** comprender la cultura en salud como hecho determinado por las leyes objetivas, pero, al mismo tiempo, es indispensable comprenderla; **2.** en cuanto proceso humano significativo que determina y puede producir nuevas correlaciones: la cultura en salud se autoorganiza. Si son posibles los dos puntos anteriores, entonces se hablaría de, **3.** un proceso²³ determinante caracterizado por un eterno recomenzar, una lógica procesal: la cultura en salud como acontecimiento,

21 Harris, M. *El desarrollo de la teoría antropológica*. Op. cit. p. 570.

22 Prigogine, I. y Stengers, I. Op. cit., p. 20.

23 Proceso: lo que ha existido y lo que existe —pasado y presente— fueron procesos mediante los cuales ciertos entes no existentes se volvieron existentes. Lo que existirá será, igualmente, algo que llegará a ser. En Rojas, C. *Mundos simbólicos y subjetividad*. Op. cit. p. 71.

esto es “a más de ser acción, tiene un significado especial”.²⁴

1. La cultura en salud como hecho determinado: un objeto

La cultura como objeto y la salud como objeto; la cultura determinada y la salud determinada: partes de un mismo lenguaje, de la misma filosofía de la conciencia y de un mismo método.

Consideramos que en Ecuador se ha producido un avance notorio en la investigación de la salud como un hecho u objeto determinado. Los aportes científicos más importantes por parte de diversos grupos de investigación, entre ellos, el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), se sitúan en el afán de analizar la “objetividad estructurada” susceptible de explicaciones histórico-teórica. Estos aportes constituyen una indiscutible base teórica, metodológica y técnica, con amplio valor científico, que promete seguir ampliando y profundizando su sustento lógico. Los productos teóricos del CEAS pueden soportar un análisis epistemológico serio, a través del cual sería posible estudiar la forma cómo se constituyeron los conceptos nucleares y fueron apareciendo nuevas relaciones y determinaciones que posibilitaron organizar una teoría coherente que pasó, a su vez, a normar la producción de nuevos conceptos y nuevas relaciones. Es por esta razón que vale la pena explicitar resumidamente dicha propuesta teórica y realizar las críticas pertinentes con miras a encontrar elementos que posibiliten la construcción de nuevas propuestas:

“Los hombres trabajan, es decir, reproducen su existencia en la práctica diaria transformando la naturaleza y en esta interacción entre hombres y naturaleza producen la evolución social. En este proceso productivo, el hombre reproduce su corporeidad orgánica, su subjetividad; al mismo tiempo

que produce su objetividad la sociedad política y civil, esto es su corporeidad objetiva. En el momento productivo, el hombre hace productos a través de su trabajo que adquieren una realidad objetiva, pero, concomitantemente, en este mismo momento ocurre un consumo de su ser (desgaste, en las palabras de Laurell). En otras palabras, el producto se lleva su fuerza de trabajo, parte de la energía de su productor. Por eso es que, en el momento de producción humanizante del propio productor, en enfrentamiento con la naturaleza y su transformación, transforma también al productor, le factibiliza su avance. Por otro lado, los productos en la sociedad capitalista se concentran y relacionan entre sí en el mercado y desde esa instancia deben ser extraídos por parte del consumidor.

A través del consumo, el productor reconstruye la energía perdida en el trabajo, dicho en otras palabras, reproduce su individualidad así como también reproduce o amplía su ser en sus hijos a través de la procreación. Esta especial forma de relación del hombre con la naturaleza permite a su vez la humanización de ésta. El productor se objetiva, a través de la producción, en la naturaleza y en las instituciones, mientras que la naturaleza y las instituciones se subjetivan en el productor tanto en el momento productivo cuanto en el momento de consumo. Es, entonces, la reproducción social la categoría eje para la comprensión de la forma en que el sujeto consume su energía y la reproduce o, dicho de otra forma, constituye la categoría esencial para la comprensión de la forma en que consume productivamente y reproduce su fuerza de trabajo.

De acuerdo al lugar que ocupa el productor en el proceso productivo, se constituirán sus condiciones de trabajo y consumo, es-

24 Rojas, C. *Recursos humanos en salud: de actores a sujetos*. Quito: Organización Panamericana de la Salud; s/f.

tablecerá relaciones con las instituciones, así como recibirá desde el Estado y a través de la distribución condiciones favorables o desventajosas para su reproducción, estableciéndose al mismo tiempo sus formas de relación con la naturaleza. De esta manera, cada clase social será la portadora de especiales condiciones de reproducción de su fuerza de trabajo así como de un perfil epidemiológico característico, producto del perfil reproductivo (calidad de vida), que determina un perfil de salud-enfermedad igualmente característico.

La inserción en el aparato productivo determina, también, las estrategias familiares de vida... espacio fundamental de reposición y preparación de la fuerza de trabajo potencial. De acuerdo a la clase social y de acuerdo al legado cultural histórico y biológico individual, cada grupo tendrá la posibilidad de establecer un ambiente familiar más o menos amplio; en otras palabras, las condiciones actuales dadas por la forma de inserción en el proceso productivo se imbrican con el legado cultural y biológico particularmente heredados, y se definen frente a las condiciones económicas, políticas e ideológicas imperantes las posibilidades y características del espacio y estrategia de reproducción social”.²⁵

El planteamiento anterior nos trae una propuesta teórica coherente, la misma que partiendo desde un nivel general visualiza ámbitos particulares y posibilita describir la especificidad de la salud como expresión determinada.

Pero así como criticamos las propuestas de Rapaport y Harris, quienes dejan de lado el carácter ontológico de la cultura, su esfera simbólica

para trabajar con la equivalencia funcional que le permita entender al hombre como animal, en la primera, y con lo tecnoambiental, en lo segundo; en el enfoque enunciado por Granda se deja igualmente de lado el carácter ontológico de la cultura, su esfera simbólica y se rescata la equivalencia funcional que le posibilita entender al hombre como un productor totalmente determinado por las leyes de la producción material y no como una concreción de muchos potenciales,²⁶ donde un potencial importante: la acción comunicativa intersubjetiva que posibilita la expresión y representación del sujeto individual y social, constituido por una verdad, es dejado de lado.²⁷ En esta forma la esfera simbólica se consume en una pura potencialidad teleológica constantemente marcada por la externalidad; desaparece el sujeto: las leyes (verdad como autoconciencia) determinan la eterna potencialidad de un futuro sujeto, el mismo que ahora solo existe como tránsito funcional de un movimiento económico omnipotente que le conforma y deforma; la potencialidad de llegar a ser no está supuestamente manejada por la conciencia del investigador. La categoría trabajo, al ser desgajada del simbolismo, queda como categoría residual que también sirve para el tránsito funcional.

Rapaport, Harris y Granda cumplen —con ciertas diferencias— un similar intento nomotético a través del cual la ciencia pone el fin y el medio; causa plena y efecto completo; cultura y enfermedad transformados en objetos deshumanizados pero *manipulables*: intentos de dictadura de la razón instrumental o burocrática.

En ambas versiones lo colectivo subsume totalmente lo individual. “¿Cómo será posible, entonces, aprehender teóricamente el proceso salud-enfermedad en poblaciones sin perder la “humanidad” (como dice Jacquard), inseparable de

25 Granda, E. “Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud”. En: *Memorias del II Taller Latinoamericano en Medicina Social*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, p. 41-55.

26 Whitehead, A. *Process and Reality*. New York: The Free Press; 1979, p. 22.

27 Badiou, A. *Para uma Nova Teoria do Sujeito*. Río de Janeiro: Dumará Distribuidora de Publicações Ltda; 1994.

las dimensiones singulares de los individuos que realizan intercambios simbólicos con su entorno, en un continuo proceso de autogeneración? ¿Cómo, por otro lado, retener esa humanidad en las formas en que se expresan socialmente tales intercambios simbólicos?”²⁸

Tanto la ecología cultural, cuanto esta versión de epidemiología crítica nos ofrecen esa posibilidad de medir y manipular los datos, nos entregan la claridad para estudiar *lo dado*, lo estructurado, lo objetual, los *signos* de la cultura general y los *signos* de la salud y la enfermedad. En esa medida, algunos aspectos teóricos, metodológicos y técnicos ofertados por la epidemiología crítica y por la ecología cultural pueden darnos luces e instrumentos para *explicar*, en alguna medida, los hechos que ahora encontramos como cultura en salud, en general, como cultura sobre el cólera, en particular, y como cultura en el lavado de manos y hervido del agua, específicamente. Pero no es posible *interpretar*, a través de ellas, la forma cómo los sujetos particulares que viven en el suburbio de Guayaquil ven la salud-enfermedad, el cólera y las razones para el lavado de manos y hervido de agua.

2. La cultura en salud como significado

¿Existe racionalidad al margen del sujeto investigador que supuestamente produce toda la verdad como autoconciencia? ¿Estamos condenados a explicar la realidad social como objeto, privilegiando siempre el dictamen de la razón instrumental o totalitaria? ¿La realidad siempre debe ser vista como un hecho cristalizado que pierde sus fuerzas diversas para el cambio y ganan *peligrosamente* las fuerzas dominantes de la razón instrumental que dictaminan la luz y el camino para su manipulación? Decimos *peligrosamente* porque el cambio o la transformación de la salud no depende únicamente de las coacciones de la razón, que nunca debe coaccionar, sino de la propia acción que se genera den-

tro una interpretación disímil, producto de las particulares formas de vida, trabajo, lenguaje y poder que generan los sujetos sociales que se proyectan llenos de vida y sentido. Entonces, si se intenta interpretar la realidad social como parte de una totalidad de pensamiento que produce una verdad como autoconciencia (ecología cultural, epidemiología crítica), no importa que ésta sea transformada en objeto, pero si se trata de buscar su transformación, solamente lograremos construir una idea de lo que debe ser (o ser para-sí) y en ningún momento podremos encontrar el poder-ser (o ser-así) para alcanzar dicho deber ser. Porque dicho poder-ser se halla en la realidad como sujeto-objeto, se halla también en las particulares formas de comportamiento humano que no pueden ser únicamente descubiertas por el dictamen de la razón instrumental-totalitaria, sino también en el simbolismo, comunicación y voluntades que se autogeneran en las formas concretas de la vida social.

Parece que vivimos en un choque de doctrinas: la doctrina de la racionalidad instrumental que nos trajo la modernidad conjuntamente con su variante burocrática (versión hegeliana del marxismo) entra en choque con el planteamiento sobre la existencia de una diversa racionalidad atada al mundo de la vida social; choque entre el ser y la existencia, entre la permanencia y el cambio, entre la eternidad y el tiempo, entre un mundo simple y transparente descrito por el determinismo y un mundo complejo y opaco descubierto por la ciencia actual. Whitehead escribió que el “choque de doctrinas no es un desastre, es una oportunidad”;²⁹ en verdad parece que en el momento actual aparecen presiones que podrían posibilitar la visión del *mundo* dinámico, complejo, múltiple de la cultura en salud sostenida por una racionalidad distinta.

¿Existe alguna posibilidad de acercarse a ese mundo de la cultura?

28 Corisco. Sete quesotes para una epidemiología crítica. Mimeografiado; s/f.

29 Whitehead, A. *Science and Modern World*. New York: The Free Press; 1967, p. 12.

El mundo simbólico

Desde la filosofía se han elaborado distintos caminos en el intento de acercarse de manera diferente al mundo de la cultura luego del reconocimiento de las limitaciones y constantes frustraciones que ha producido el paradigma productivista, el determinismo y la filosofía de la conciencia: investigaciones sobre el sentido, búsqueda de una presencia originante del sentido, mundo de la vida, contrapuesto a los sistemas, etc.

Rojas, luego de una exégesis de la noción de mundo, plantea, en contraposición al camino reduccionista fenomenológico llevado a cabo por Husserl, una ampliación históricamente basada en la experiencia posible; en la cual encuentra tres esferas:³⁰

- a)** Experiencia de la realidad natural en su inmediatez, que arroja el conocimiento que tenemos de nuestra realidad cotidiana, en la que nos movemos a diario. Experiencia de nuestras necesidades, de las relaciones que establecemos con los demás, de los conflictos en los que estamos inmersos, de los amores y los odios que nos constituyen.
- b)** Experiencia de esa región de los entes formales, puros, respecto de los cuales se puede tener un alto grado de certeza, como constituye la matemática (este es el campo investigado por Husserl y que, al tratar de constituirlo como el fundamento de todas las otras experiencias, desemboca en el solipsismo trascendental).
- c)** Una tercera forma de experiencia que se corresponde con otro ámbito o región, que reclama su propia objetividad y respecto del cual se conforma, igualmente, un determinado tipo de conciencia. Experiencia de lo

simbólico, de lo cultural, y en máxima expresión de los mundos simbólicos”.

Ahora bien, Rojas sostiene que “los sujetos se definen como tales solo como concreciones de cada mundo simbólico”³¹ y que cada uno de estos mundos simbólicos tiene su propio horizonte de sentido, en que cada experiencia es iluminada de una determinada manera. Horizonte en la medida que “permite que las experiencias adquieran ciertos sentidos y no otros; que sean interpretadas dentro un plexo delimitado de significaciones”.³²

El sujeto vive dentro del mundo actual y sus representaciones a), b) y dentro del mundo simbólico c) como una realidad profundamente articulada. Es posible que el mundo actual sea incompatible con el mundo simbólico del propio individuo y en esa medida debe solventar una contradicción local a través de la traducción —en la medida que exista un lenguaje común—,³³ o a través de la interpretación —cuando no existe lenguaje común, cuando los dos ámbitos son inconmensurables— o a través de ritos y ceremoniales especiales —cuando los dos mundo, en su contacto puedan producir una catástrofe—, como ocurre con el intento de yuxtaponer el mundo actual y el mundo simbólico del mito.

Los sujetos sociales constituidos en la relación entre los mundos actual y simbólico, por lo general, incompatibles, conformados por contradicciones e inconmensurabilidades, se constituyen como tales de una manera completamente provisional: “el sujeto social existe en la medida en que es capaz de mantener esos mundos en una relación regulada, situándose el mismo en ese lugar ambiguo”.³⁴

30 Rojas, C. *Mundos simbólicos*. Op. cit. p. 98

31 *Ibidem*, p. 95.

32 *Ibidem*, p. 98.

33 “Los significados del mundo simbólico no se dejan reducir a los significados del mundo actual”. En: *Ibidem*, p. 126.

34 Rojas, C. *Ibidem* p. 125.

Pero a pesar de su ambigüedad, es desde esa relación desde la que el sujeto social se constituye como un sujeto epistémico, esto es, produce una verdad genérica sobre su propio ser, “considerada como fundamento de todo saber posterior”.³⁵

A partir de la exégesis realizada por Rojas sobre la noción de mundo y el ámbito simbólico, es posible plantear, conforme dice Badiou, que:

“el sujeto no es una sustancia, un ser, un alma, una cosa pensante, como dice Descartes. Él depende de un proceso donde comienza y acaba” y aún más “... él está constituido por una verdad (...) porque donde hay verdad, hay sujeto”.³⁶

Una verdad es primero una novedad, porque lo que se repite y se transmite constituye un saber. Pero para que una verdad afirme su novedad “es necesario que exista un suplemento que está entregado al azar” razón por la que es “imprevisible”, incalculable, indecible... es un *evento*.³⁷ El sujeto aparece tomando el riesgo de decidirlo y de ser fiel a dicho evento.

En el evento se entrelazan el mundo actual y el mundo simbólico, desde el mundo simbólico, el sujeto obtiene la fuerza para “apostar” por esa verdad indecible, para ser fiel a la misma y para decidir sobre términos indiscernibles. Así, el sujeto existe en la medida en que existe una verdad pero, para que pueda el sujeto participar en el evento, es fundamental la existencia del mundo simbólico. “... Los símbolos son los que hacen posible la perpetuación de la cultura”.³⁸

El sujeto es, existe y no podemos dejar de lado su ontología para tomar en cuenta únicamente su *equivalencia funcional*. Si lo hacemos, estamos

dejando de lado su capacidad de decidir ante novedades indecibles, escoger términos indiscernibles, ser fiel ante eventos y nominar generalidades que surgen desde el mundo simbólico, forzarlas y encontrar innominables.

El sujeto social está constituido —de acuerdo a Badiou— por una verdad, pero no como conocimiento (reconquista de la autoconciencia ni conocimiento del subconsciente), sino como fidelidad a un evento cuya verdad como genericidad surge —de acuerdo a Rojas— desde el mundo simbólico con su propio horizonte de sentido.

Para poder continuar, debemos preguntarnos: ¿cómo acceder a esa realidad inestable producto de la representación del mundo real y el mundo simbólico a través de la cual el sujeto puede ser constituido por una verdad? Como alternativa a las tendencias del sujeto del conocimiento se ha desarrollado en los últimos años otra vertiente basada en la intersubjetividad y propugnada por la tradición hermenéutica de Schudt, cuya mejor expresión se encuentra en Habermas, quien postula un sujeto conformado a partir de la acción comunicativa que surge en el mundo de la vida.

El mundo de la vida

El concepto de acción comunicativa hace referencia “a un proceso cooperativo de interpretación en el que los participantes se refieren simultáneamente a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y el mundo subjetivo aun cuando en su manifestación solo subrayen temáticamente uno de estos tres componentes”,³⁹ y se produce con base en la interacción de, al menos, dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que entablan una relación interpersonal.

35 Badiou, A. *Para una nova*. Op. cit. p. 44.

36 Badiou, A. Op. cit. p. 43.

37 *Ibidem*, p. 44.

38 White, L. *La ciencia de la cultura*. p. 50.

39 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa: crítica de la razón funcionalista*. Madrid: Taurus; 1988, p. 171.

El mundo de la vida —“horizonte atemáticamente codado dentro del cual se mueven en común los participantes en la interacción cuando se refieren temáticamente a algo en el mundo—”⁴⁰ se sustenta en la racionalidad de la acción comunicativa que reclama una triple validez: “verdad para los enunciados o para las presuposiciones de existencia, rectitud para los enunciados o para las acciones legítimamente regulares y para el contexto normativo de éstas, y veracidad para las manifestaciones de sus vivencias subjetivas”.⁴¹ En esta forma, los sujetos sociales se conforman objetiva, social y subjetivamente en sus mundos de la vida, los mismos que siempre suponen un marco de una “precompensación imbuida culturalmente”, que es en el caso de cada mundo “el correspondiente fragmento temático del mundo de la vida”.⁴²

En esta forma, los sujetos se conforman como sujetos epistémicos en una determinada relación con la verdad, en sujetos sociales en lo que respecta a las normas y relaciones interpersonales y en individuos, ya que son los elementos privilegiados para registrar sus propias vivencias.

Los sujetos, al ser epistémicos, se orientan hacia la explicación desde su realidad preinterpretada en el mundo de la vida frente a su representación en el plano científico. En la medida en que los sujetos pertenecen a un mundo ya dado y al mundo de la vida, las ciencias sociales requieren comprender primero el objeto simbólicamente estructurado por parte del sujeto, para luego explicarlo teóricamente.

“Esto requiere de una doble hermenéutica o, si se quiere, de un grado 1 en el quehacer científico y de un grado 0, o comprensivo, que exprese a nivel epistémico lo que

sucede efectivamente en la constitución de los sujetos sociales: en cuanto pertenecen a los mundos delineados y al mundo de la vida”.⁴³

Pues la experiencia cotidiana, que a la luz de conceptos teóricos y con ayuda de instrumentos de medida, puede transformarse en datos científicos, “está ya estructurada simbólicamente y no resulta accesible a la simple observación”.⁴⁴

Los requerimientos epistémico-epistemológicos

La propuesta metodológica de partir de una hermenéutica 0, para luego llevar a cabo una hermenéutica 1, ratifica las actuales propuestas de la teoría analítica de la ciencia luego de su giro postempirista. El debate suscitado por Kuhn, Popper, Lacatos y Feyerabend acerca de la física moderna habría demostrado que:

“**1.** Los datos con que hay que contrastar la teoría no pueden ser descritos con independencia del lenguaje teórico de cada caso, y **2.** Las teorías no se eligen normalmente según los principios de falsacionismo, sino en la perspectiva de paradigmas que, como se ve cuando se intenta precisar las relaciones interteóricas, se comportan entre sí de forma parecida a como lo hacen las formas particulares de vida”.⁴⁵

Mary Hesse plantea al respecto:

“Doy por suficientemente demostrado que los datos no son separables de la teoría y que su formulación está impregnada de categorías teóricas; que el lenguaje

40 Habermas, J. Op. cit. p. 124.

41 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción*. Op. cit. p. 144.

42 Habermas, J. mencionado por Rojas, C. *Los lugares creados*. Op. cit. p. 39.

43 Rojas, C. *Los Lugares creados por la libertad*. Cuenca: Universidad del Azuay; 1992, p. 41.

44 Cicourel, A. “Method and Measurement in Sociology”. Mencionado por Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Op. cit. p. 157.

45 *Ibidem*, p. 156.

de la ciencia teórica es irreductiblemente metafórico e informalizable, y que la lógica de las ciencias es interpretación circular, reinterpretación y autocorrección de datos en términos de teoría y de teoría en términos de datos”.⁴⁶

En otros términos, la formación de las teorías de las ciencias de la naturaleza depende, no menos que en las ciencias sociales, de interpretaciones que pueden analizarse según el modelo hermenéutico de la comprensión.

“Pero la sociología (la antropología y la salud pública, diríamos nosotros), a diferencia de la ciencia de la naturaleza, versa sobre un mundo preinterpretado en la producción y reproducción de los marcos de sentido (lo que) es condición esencial de aquella que ella trata de analizar, a saber: la conducta social humana. Esta es la razón de que en las ciencias sociales se dé una doble hermenéutica”.⁴⁷

Aún más, en las propias ciencias naturales, comienza a hablarse de una doble hermenéutica, una de las razones por las que Prigogine y Stengers hablan de una “nueva alianza”⁴⁸ entre las ciencias naturales y sociales.

Si es que las ciencias naturales necesitan una doble hermenéutica, para comprender la doble característica de los cuerpos en acción en posibilidad de reversibilidad y de irreversibilidad, en su expresión en el tiempo y en la eternidad; sin embargo, en las ciencias sociales requerimos ineludiblemente la doble hermenéutica, porque necesitamos urgentemente de una hermenéutica 1 para interpretar el “lenguaje” de los objetos (incluido el lenguaje genético) dentro de la lógica de las ciencias que es interpretación circular, reinterpretación y autocorrección de datos en tér-

minos de teoría y teoría en término de datos, y porque requerimos de una hermenéutica 0 para interpretar el lenguaje de los hombres que son signos asentados en *símbolos*, esto es, “la cultura que es el modo de vivir del animal humano”.⁴⁹

La forma más importante de la expresión simbólica es el lenguaje articulado, y los distintos lenguajes creados por el hombre, razón por la que consideramos que la propuesta de Habermas sobre la acción comunicativa es la *puerta de entrada* para acceder a aquella relación inestable entre mundo actual y mundo simbólico de la que nos habla Rojas.

“La comprensión de un significado es una experiencia imposible de hacer solipsísticamente por tratarse de una experiencia comunicativa. La comprensión de una manifestación simbólica exige esencialmente la participación de un proceso de entendimiento. Los significados, ya se encarnen en acciones, en instituciones, en productos del trabajo, en contexto de cooperación o en documentos, solo pueden ser alumbrados desde adentro... El mundo de la vida solo se abre a un sujeto que haga uso de su competencia lingüística y de su competencia de acción... Quien quiera entenderse tiene que suponer estándares comunes que permitan a los implicados decidir si hay o no hay consenso”.⁵⁰

El intérprete solo puede entender el significado de los actos comunicativos porque éstos “están insertos en un contexto de acción orientada al entendimiento”⁵¹ y a través de este hecho se *abre la puerta* para la constitución del sujeto como sujeto epistémico, social e individual. Decimos que únicamente abre la puerta porque el sujeto se constituye, además, más allá de la acción

46 Hesse, M. *In Defense of Objectivity*. Londres: Proc. Aristo. Soc.; 1972-1973, 9.

47 Gidens, A. *New Rules of Sociological Method*. Londres; 1976, p. 151.

48 Prigogine I. y Stengers, I. *La Nouvelle Alliance*. París: Gallimard; 1979.

49 White, L. *La ciencia de la cultura*. Op. cit. p. 51.

50 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. p. 160, 161.

51 *Ibidem*, p. 163.

comunicativa orientada al entendimiento. Se constituye en esa relación inestable existente entre el mundo simbólico y el mundo actual intermediado por el trabajo, el poder, y las distintas prácticas que originan nuevos sentidos y significados.

Pero insistimos en que esta constitución inicial se dará a través de su mundo simbólico y, en esa medida, es fundamental explicitar la inmensa necesidad que tenemos de reflexionar sobre nuestra identidad o sobre el cúmulo de identidades que corresponden a nuestra heterogeneidad estructural.

Nuestra cultura escindida

La colonización de América Latina significó para nuestros pueblos la destrucción de la cultura autóctona y la imposición de una cultura “civilizadora” europea:

“El conjunto de formas de vida, de las relaciones entre los pueblos y sus mundos simbólicos, los dioses, las maneras de relacionarse intersubjetivamente y de establecer vínculos sólidos con la naturaleza, fueron penetrados por la razón instrumental, cada vez con más fuerza, hasta producir una colonización de las ideas, de las mentes”.⁵²

A pesar de la dominación e intentos de destrucción de nuestra cultura perviven todavía, y con mucha fuerza, mundos simbólicos que se reproducen en nuestro imaginario, ya sea como categorías preteóricas o mitos que ordenan toda nuestra vida: “Los iwianch se llevaban a los niños”, “La creación según la comunidad Tinibamba”, “El diluvio shuar”, “Amasanga y Sunghui de los canelos”, “El ciclo mítico de los cañaris”.⁵³

En otras ocasiones como sincretismos de dioses modernos y mitos semidormidos que nos halan por caminos que se bifurcan y se oponen en el

intento de entender y dar soluciones a nuestros problemas ligados con la salud, la economía, las relaciones familiares, la vida y la muerte. Otras veces, las voces de la historia nos llaman a romper a través de la lucha política-cultural la “separación entre el árbol del conocimiento y el árbol de la vida”,⁵⁴ a intentar unir aquel logos que nos dio Grecia y la modernidad con el mundo simbólico del mito que tan dentro de nuestra vida se halla, o que más bien es nuestra vida.

Nuestra heterogeneidad estructural reclama el reconocimiento de nuestra múltiple identidad y, al mismo tiempo, la disímil posibilidad de interpretar la salud y la enfermedad. El suburbio de Guayaquil es un espacio heterogéneo con distintas tonalidades y vibraciones culturales. En ese ámbito determinado por la economía, la ecología, la ideología dominante, existen formas de vida en otros crisoles culturales: campesinas, indígenas, pequeñas ciudades, etc., las que, en interrelación con el medio en el que ahora se encuentran, producen holismos simbólicos particulares que aconsejan diversas formas interpretativas, proponen diferentes medios de solución a los problemas, establecen relaciones de comunicación distintas, valoran en diverso grado las recomendaciones, los hombres y las cosas, y configuran la salud como acontecimiento.

Somos herederos de una visión del mundo mutilada y quebrada. La catástrofe demográfica que acompañó la colonización de nuestras tierras también impactó sobre nuestras culturas, pero, a pesar de todo, al mirarnos hacia adentro, en búsqueda de nuestro ayer-mañana, seguimos todavía, y en buena hora, produciendo visiones del mundo, cosmologías distintas a la dominantes. Muchos de los inmigrantes al suburbio de Guayaquil posiblemente participan con alguna fuerza de aquella “indistinción entre las cualidades personales, naturales y sagradas”,⁵⁵

52 Rojas, C. *Mundos simbólicos*. Op. cit. p. 115.

53 Rueda, M. *Mitología*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 1993.

54 Quijano, A. “La modernidad, el capital y América Latina nacieron el mismo día”. *Revista Sociedad y Política*, (9): 45.

55 Redfield, R. *El mundo primitivo y sus transformaciones*. Op. cit., p. 131.

mientras que otros ya están mucho más integrados a la cultura del “vigilar, dominar o explotar”;⁵⁶ aquellos que se hallan más cerca al planteamiento científico-instrumental, el mundo de los fenómenos será ante todo un “ello”, mientras que para otros ese mismo mundo de los fenómenos tendrá más bien una connotación de “tú”.⁵⁷ Para muchos habitantes, el universo posiblemente “tiene una significación moral... la tela del universo está hecha de deberes y juicios éticos... existe una justicia inmanente”;⁵⁸ para otros, en cambio, se trata de un universo sin Dios e indiferente al hombre... Si no tomamos en consideración estos aspectos, entonces, únicamente buscaremos la determinación económica, tecnológica con miras a manipular los saberes y comportamientos de nuestros “objetos” de estudio, cuando en realidad estamos en la obligación de interpretarlos. “Considerar las dimensiones simbólicas de la acción social... no es apartarse de los problemas existenciales de la vida para ir a parar en algún ámbito empírico de formas desprovistas de emoción; por el contrario, es sumergirse en medio de tales problemas”, ya que se trata de entenderlas en cuanto “descripciones densas”.⁵⁹

3. La cultura en salud como acontecimiento

“Todo acontecimiento remite a un evento: a algo que acaece, que se da como un hecho, efectivamente está ahí; pero, con igual importancia, todo acontecimiento ocupa el plano de las representaciones, organiza un plexo de símbolos... En este sentido, la salud es un acontecimiento tanto para las personas que deben cuidar de sí mismas como para los que prestan cualquier tipo de servicio”.⁶⁰

Al ser una acción y un significado, el acontecimiento salud debe ser mirado como un hecho estructural y, al mismo tiempo, requiere la interpretación de la percepción subjetiva de lo que acaece. En esa medida, el cólera debe ser explicado como un hecho determinado, como un producto y ser comprendido como un devenir humano. En la primera aproximación aquella versión de la epidemiología crítica de la que hemos hablado, así como la ecología cultural, nos puede apoyar en el intento explicativo, mientras que una visión simbólica posibilitaría interpretar el mundo de las significaciones.

La doble hermenéutica en la antropología en salud

De acuerdo con Habermas, el mundo de vida constituye el horizonte de procesos de entendimiento con que los implicados llegan a un acuerdo o discuten sobre algo perteneciente al mundo subjetivo de cada uno, el mismo que podrá ser entendido por el intérprete 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 antropología médica y la salud pública es fundamental comenzar igualmente por esta hermenéutica 0 para dar paso al *juzgamiento* sobre la racionalidad de los juicios emitidos. En el 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 del 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

56 Lee, D. *Religious Perspectives of Collage Teaching-New Haven*. Edward Hazen Foundation, p. 7.

57 Frankfort, H. “Mito y realidad”. En: *El pensamiento prefilosófico* (I tomo). México: Fondo de Cultura Económica (Segunda edición); 1958, p. 15.

58 Redfield, R. Op. cit., p. 132.

59 Geertz, C. *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa; 1973.

60 Rojas, C. *Recursos humanos de la salud: de actores a sujetos*. Op. cit., p. 12.

cuestiones de validez, pero ésta 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 antropología en salud desde fuera, sino desde dentro.⁶¹

a) Desde la propia precomprensión de los actores, en lo que hace relación a:

- Sus conceptos sobre la salud-enfermedad en general y sobre la diarrea y el cólera en particular, sus interpretaciones subjetivas, las relaciones que según el actor establece la salud con el entorno social;
- Sus pretensiones de validez sobre la problemática de salud y el cólera, esto es, su verdad proporcional, su rectitud normativa y su veracidad o autenticidad;
- El acuerdo racionalmente motivado, es decir, el acuerdo basado en el reconocimiento intersubjetivo sobre la validez de su interpretación sobre la salud y el cólera y sobre las acciones necesarias para promover la primera y evitar el segundo, sobre el lavado de manos y sobre el hervido de agua, susceptibles de crítica;

b) Desde la racionalidad científica previamente constituida:

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.

La epidemiología crítica, al igual que las ciencias sociales, la ecología cultural, las ciencias políticas, las ciencias económicas, etc., pueden jugar un papel muy importante en esta ampliación y profundización de la

razón precomprendida por los actores en el mundo de la vida. Al mismo tiempo, la ciencia nomotética puede encontrar nuevos objetos-problema, nuevas relaciones y determinaciones a ser explicados y conceptualizados y forjar renovados paradigmas que intenten explicar las novedades que surgen desde la acción comunicativa con miras a encontrar posibilidades de dar cuenta de las propuestas teleológicas que se generan desde las potencialidades que encuentran los actores, que en actitud realizativa procuran una viabilidad y una direccionalidad de su acción.

Hasta donde podemos comprender, la propuesta de empezar por una hermenéutica 0, que introduzca al investigador en el mundo de la vida, permite romper la identidad objeto-sujeto. El objeto aparece en dos momentos y con cierta autonomía: en un primer momento aparece como objeto-sujeto con vida construyendo su racionalidad preteórica a través de su acción comunicativa en actitud realizativa. En un segundo momento, el objeto aparece como representación, como concreto sensorial a ser comprendido y explicado por el intérprete-investigador y por los actores en comunicación. *La conciencia únicamente se realiza en la medida en que tanto los sujetos-objetos con vida se realizan en el entendimiento (significado), la construcción y avance real de su salud y vida mientras que el objeto-representación se realiza como concreto de pensamiento.* La acción podrá lograr mayor eficacia en la medida en que se valide en la práctica: la verdad precomprendida y se bañe en teoría, se posibilite una construcción social más amplia y fuerte en cuanto locución y se realicen los individuos en cuanto veracidad de sus intenciones. La acción comunicativa abre la puerta para la realización de los sujetos en cuanto sujetos epistémicos, sociales e individuales y posibilita un acceso al trabajo en cuanto sentido y a los diferentes componentes del mundo

61 Habermas, J. *Ibidem.* p. 190.

dado, pero al mismo tiempo propone nuevos objetos-problema para que pasen desde el nivel de representaciones a concretos de pensamientos a ser estudiados y explicados por los intérpretes-investigadores a través de sus teorías, epistemologías y métodos particulares. En esta forma, se respetan tanto la racionalidad existente en la acción comunicativa cuanto la racionalidad que se logra en la construcción de los conceptos, métodos y teorías científicas. El objeto-sujeto no queda abolido por la falsa dialéctica de la subjetividad del investigador, ni tampoco la acción que se lleva a cabo en la vida cotidiana niega la ciencia, sino que reconoce que el conocimiento científico en cuanto teoría y método tiene formas especiales de abstracción y procedimientos que permiten descubrir determinantes y relaciones de lo dado indispensables para validar la acción (que está dándose) y encontrar potencialidades de mayor eficacia social y política.

Elementos metodológicos para aproximarse al estudio empírico del cólera

En párrafos anteriores, habíamos propuesto, siguiendo a Habermas, aproximarnos a la comprensión del problema objeto de estudio a través de la propia precomprensión de los actores, en lo que hace relación a:

1. Sus conceptos sobre la salud-enfermedad en general y sobre la diarrea y el cólera en particular, sus interpretaciones subjetivas, las relaciones que según el actor establece la salud con el entorno social;
2. Sus pretensiones de validez sobre la problemática de salud y el cólera, esto es, su rectitud normativa y su veracidad o autenticidad;
3. El acuerdo racionalmente motivado, es decir, el acuerdo basado en el reconocimiento intersubjetivo sobre la validez de

su interpretación sobre la salud y el cólera y sobre las acciones necesarias para promover la primera y evitar el segundo, sobre el lavado de manos y sobre el hervido de agua, susceptibles de críticas.

Varios estudios desarrollados por la antropología médica han posibilitado construir un marco interpretativo que apoya la supe- ración o complementación (¿sincretismo?) de los marcos explicativos de la medicina hegemónica. También se dispone de investigaciones sobre las propuestas validatorias sobre diarrea distintas a las explicaciones causales de la medicina occidental y sobre las terapéuticas más utilizadas. Obviamente, éstos deben ser validados en la realidad específica del suburbio de Guayaquil. Aún más la ausencia de estudios sobre la concepción del acontecimiento salud y sobre la diarrea y el cólera por parte de la población de la Costa ecuatoriana en general y la población del suburbio de Guayaquil, obliga a pensar sobre el desarrollo de programas de investigación serios sobre este asunto.

De todas maneras, algunos avances producidos en otros ámbitos sobre la problemática diarrea pueden apoyar el intento de explicar y comprender la problemática del cólera. Es necesario tomar en consideración que a pesar de que el cólera puede ser clasificado como una forma de enfermedad diarreica, sin embargo, las particularidades fisiopatogénicas obligan a hacer una aproximación específica. Por otro lado, la propia característica dramática y de extrema gravedad de la enfermedad obliga a un análisis más profundo sobre las características simbólicas que este acontecimiento tiene sobre la población.

Con las limitaciones anotadas, es posible iniciar la reflexión en búsqueda de referentes empíricos desde las recomendaciones que Weiss⁶² hace en relación al estudio de

la diarrea en niños. Este autor pone en consideración cuatro procesos importantes en la construcción de un marco interpretativo sobre el tema:

- a) Patrones de percepción del problema: hace referencia a la constelación de síntomas aliviados por la población y las formas en que experimentan los efectos de las enfermedades.
- b) Modelos explicativos: caracteriza el significado que la gente atribuye a la enfermedad tal como intenta explicarla.
- c) Patrones de búsqueda de apoyo: que varían de acuerdo a la cultura y condiciones histórico-estructurales existentes.
- d) Tratamiento específico: el contexto cultural local y su relación con el contexto socio-económico más amplio establecen los criterios familiares e individuales acerca de la búsqueda de apoyo, el tratamiento y la evaluación sobre la validez de la intervención cumplida.

Patrones de percepción de diarrea

Las investigaciones etnográficas en diarrea han posibilitado descubrir ocho factores a los que la población, por lo general, da importancia.⁶³

1. Calidad de las heces
2. Otros síntomas y signos
3. Gravedad percibida
4. Percepción de vulnerabilidad, de complicaciones o de otro tipo de problemas
5. Nivel de ansiedad
6. Desarreglo de relaciones interpersonales

7. Obligaciones espirituales, preocupaciones y apoyos
8. Ideas locales relacionadas con la enfermedad que ubica a la diarrea como un aspecto importante o secundario.

Estos síntomas permiten hacer clasificaciones de la diarrea que varían según la localidad y el contexto socio-cultural, pero, por lo general, en América Latina se reconocen cuatro tipos: empacho, mal de ojo, caída de la mollera y lombrices.^{64, 65}

Modelos explicativos

Por lo general, las categorías de las enfermedades se basan en las siguientes causas.⁶⁶

1. Alimentos grasosos, no cocinados adecuadamente, pesados, etc..
2. Desbalance entre el frío y el calor, el mismo que puede estar asociado con los alimentos, exposición al viento, o cambios ambientales.
3. Calidad de la leche materna.
4. Factores físicos, tales como una caída, accidente o la falta de cuidado al niño.
5. Causas supernaturales, incluyendo la posesión, el embrujamiento, o el mal de ojo.
6. Polución debida a la exposición a contacto con personas o cosas impuras.
7. Mal comportamiento moral, incluyendo acciones de una persona allegada o padres del niño, especialmente relaciones sexuales promiscuas y relaciones sexuales o embarazos durante el tiempo de lactancia.
8. Consecuencias naturales del crecimiento, en especial, dentición, gateo y primeros pasos.
9. Infección, que puede estar asociada con la higiene y el saneamiento.

Patrones de búsqueda de apoyo: diferentes estudios desarrollados en el país y en América Latina

63 Weiss, M. Op. cit.

64 Kendall, C., Foote D. and Martorell R. *Ethnomedicine and oral rehydration therapy: a case study of ethnomedical investigation and program planning*. Soc. Sci, MED. 19, 253, 260; 1984.

65 Kendall, C., Foote, D; and Martorell, R. *Anthropology, communications and health: mass media and health practices program in Honduras*. Hum. Org. 42, 353-360.

66 Weiss, M. Op. cit.

posibilitan reconocer la existencia de redes informales, a través de las cuales circula el saber y, al mismo tiempo, relacionan o atan las acciones para dar cuenta de los problemas:

a) Atención “informal tradicional” brindada por un familiar, pero que, cuando no se logra la solución del problema, se acude a un recurso humano, generalmente de la comunidad, como el curandero o brujo. Para el Idicsa, la medicina tradicional comprende: “...la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de los trastornos físicos, mentales o sociales basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra.”⁶⁷ En algunas comunidades se ha llegado a desarrollar redes informales más permanentes a las que acuden los casos más complicados.⁶⁸ Estas redes informales se mantienen ya que son una forma de expresión de la persistencia histórica de una forma organizativa del quehacer en salud muy ligado a la constitución de la colectividad. No se dispone de información precisa sobre el número de curanderos tradicionales existentes en la zona de estudio; se considera que por las características mismas del proceso de urbanización y por la existencia de una red de servicios formales que llega a un porcentaje alto de la población (50%), este tipo de personal debe ser menos numeroso que en el área rural del país. Green,⁶⁹ reporta la existencia de, aproximadamente, un curandero tradicional por cada 110 personas en Swazilandia”.

b) Atención “informal no tradicional”, como el caso del boticario y tendero, los mismos que dan un tipo de atención basado en el escaso conocimiento que el manejo continuo de medicamentos les permite. La comunidad recurre muchas veces a este tipo de atención por cercanía, tiempo, y la existencia de fármacos que son entregados conjuntamente con la consulta, la cual, generalmente, resulta gratis.⁷⁰

c) Atención “formal legalizada” que es brindada por recursos humanos profesionales —médicos, enfermeras, obstetras, etc.—, formados en las instituciones universitarias y por recursos no profesionales formados en el propio sistema oficial de salud. En algunas comunidades existen promotores de salud como un vínculo entre la comunidad y el mencionado sector formal. Este tipo de atención en el sector público tiene un sistema de referencia que muchas veces no se cumple. Comienza en los puestos o subcentros de salud y termina en el hospital de especialidad. También es necesario considerar que dentro de la atención formal se encuentra el sector privado, tanto aquel que tiene fines de lucro como aquel que no los tiene, y por otra parte los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que cubre, aproximadamente, al 10% de la población.

La atención “formal legalizada” realmente no pertenece a la “red de referencia” conformada o producida por la colectividad, pero debe ser estudiada y comprendida en su relación con la “red” ya que la “forma legalizada” es aquella que por su carácter dominante establece los límites de extensión de la “red”,⁷¹ así como también modula sus características.

67 Idicsa. *La práctica médica tradicional*. Cuenca: Idicsa; 1988.

68 Según Estrella, E. *Medicina Aborigen*. Quito: Editorial Época; 1977 e Idicsa. *Ibidem*, estas “redes” son mucho más fuertes en las comunidades indígenas de la Sierra ecuatoriana.

69 Green, E. *Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education*. *Soc. Sci. Med.* 20: 277-284; 1985.

70 Andrade y col. *Op. cit.*

71 Idicsa. *Op. cit.*

Tratamiento específico

Weiss reconoce las siguientes categorías:

1. Ajuste de dieta e ingestión de líquidos o, en su defecto, disminución de los alimentos y los líquidos.
2. Cambio de rutina de lactancia materna.
3. Limpieza del tracto gastrointestinal con enemas, purgantes y eméticos.
4. Remedios vegetales locales.
5. Rituales o prácticas religiosas para promover el apoyo de espíritus benéficos.
6. Otras intervenciones localmente sancionadas (masajes abdominales, manipulación del paladar y de la piel de fontanela, corte de encías, etc.).
7. Medicina cosmopolita, incluyendo anexomóticos, antibióticos, etc.
8. Terapia de rehidratación oral.

Es importante destacar que el acontecimiento diarrea organiza un plexo de símbolos que abarca la vida misma de la colectividad. El acontecimiento diarrea resalta complicaciones u otro tipo de problemas, nivel de ansiedad, desarreglo de relaciones interpersonales, obligaciones espirituales, preocupaciones y apoyos, rituales o prácticas religiosas para promover el apoyo de espíritus benéficos, etc.: “en el acontecimiento quedan incluidos tanto los elementos que le pertenecen como el mismo acontecimiento”.⁷² En otros términos, el diagnóstico y terapéutica occidental delimitan severamente a la enfermedad diarreica dentro de la nosología (lógica) que la aísla del resto de símbolos que constituyen el diario vivir; no es que el occidental no sienta angustia, piense que puede morir, o tenga en mente su religión, sino que aquello no hace parte del diagnóstico y la terapéutica. Para el hombre occidental la enfermedad también constituye un acontecimiento, pero su mundo simbólico la conforma de una manera diferente; el simbolismo de la ciencia la recorta y

aísla para ofrecerle una respuesta técnica comandada por el complejo médico-industrial, mientras que el mundo del sentido debe ser tratado por el enfermo, su familia y, si existe suerte, con el apoyo de un médico o personal de salud bondadoso.

Lo anterior nos permite pensar que el sujeto que mantiene una relación más comunitaria o cuya visión es producto del solapamiento de un mundo moderno y premoderno, el acontecimiento salud-enfermedad reproduce en su acontecer la historicidad de ese sujeto individual o social en forma más integral, sin la escisión que necesariamente ocurre cuando éste es tratado desde la lógica instrumental de la medicina occidental. En el segundo, la historicidad se halla dividida y, al mismo tiempo, dominada por el pensamiento e intervención instrumental: la enfermedad es un desarreglo biológico y en ningún momento es parte de un proceso socio-vital.

¿Hasta dónde existe esa integralidad o escisión en la historicidad y el simbolismo en el habitante del suburbio de Guayaquil sobre el acontecimiento cólera? ¿Cuál es el impacto de los mensajes que lanza el Ministerio de Salud Pública alrededor del lavado de manos y hervido del agua sobre las variadas identidades de los habitantes de ese sector? ¿Hasta dónde se da, entre los pobladores, aquella indistinción entre las cualidades “personales, naturales y sagradas”, o es que existe una mayor integración a la cultura del “vigilar, dominar o explotar”?

Si el interés por parte del equipo de investigación radica en impactar en el comportamiento sobre el cólera de los habitantes del suburbio de Guayaquil, es necesario, *de inicio* llevar a cabo un esfuerzo por *interpretar* aquellos mundos simbólicos diversos que se dan dentro de las heterogéneas determinaciones *estructurales* socioeconómicas, ideológicas y ecológicas.

72 Rojas, C. Recursos humanos. Op. cit. p. 12.



Artículo 6

Protocolización en investigación*

El Diccionario de la Lengua Española define *protocolo* como: “plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica”.¹

Interpreto que los organizadores del I Foro Internacional de Ciencia y Tecnología Hospitalaria quieren que esta mesa redonda discuta sobre la protocolización en cuanto proceso de regulación o normatización de la investigación científica en los servicios de salud, lo cual será abordado por los compañeros integrantes de esta mesa: doctores José Suárez, Fernando Sempértegui y José Ortiz.

Permítanme reflexionar brevemente sobre esta cuestión de protocolos, investigación y salud. Comienzo manifestando que la idea de patrón, regla, norma o protocolo en las acciones humanas es muy antigua.

Platón, en el diálogo *El político*, señala que la existencia de medidas y proporciones correctas es el fundamento de la excelencia de cualquier arte. A través del personaje principal de este diálogo, *El extranjero*, él insiste sobre uno de sus temas predilectos: la comparación entre los méritos y los métodos de las diversas artes y oficios —entre ellos el arte de la medicina y de la política—, e insiste que todas las artes buscan pautar su camino a través de la observancia de *medidas y proporciones*. Nos habla así: “...porque si existen artes, existe un patrón de medida, y si hay un patrón de medida, las artes existen; mas, si falta una de las dos, ninguna de ellas existe”.

Ahora bien, para Platón, la norma debe venir de la ciencia manejada por el médico sabio o por el

político sabio. “El hombre sabio es bueno” —nos dice— y éste se encarna en el jefe de Estado, a quien compete “ordenar los asuntos de sus súbditos”, ordenamiento que debe ser visto como justo aunque contrarie las leyes o decisiones de una asamblea de ciudadanos... para eso está la decisión del jefe de Estado fundamentada en la ciencia.

Igual criterio tiene Platón alrededor de *El médico*, quien: “...ya sea que nos cure con el apoyo de nuestra voluntad o contra nuestra voluntad, cualquiera que sea su modo de tratamiento... si-gue siendo un médico, siempre y cuando ejerza su autoridad sobre nosotros de acuerdo con las reglas del arte...”

Platón recomienda, entonces, visualizar las normas o protocolos en la política, en la medicina y en toda arte, como normas que vienen desde fuera, desde la cristalización de la verdad en cuanto *logos*, en cuanto ciencia. En otros términos, para Platón la norma, la regla o el protocolo tienen como correlato absoluto a la ciencia.

Aristóteles también considera que las artes deben tener sus reglas para ser tales, pero él considera que la regla más importante es el *medio término*. Considera que todas las artes tienen extremos, pero al desarrollarse buscan una media. Ahora bien, esa *media ideal* debe siempre compatibilizarse con la *media para nosotros*. En otros términos, Aristóteles propone que el arte de protocolizar o normalizar debe mirar lo general o exógeno contenido en la ciencia y lo particular o endógeno contenido en la vida.

Los organizadores nos han pedido que hablemos de la protocolización de la investigación. Si

* Exposición presentada en el I Foro Internacional de Ciencia y Tecnología Hospitalaria, Ambato, 19 de noviembre de 2004.

1 Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española (vigésima segunda edición)*. Quito: Diario el Comercio; 2001.

seguimos a Platón, esta mesa debería, de inicio, recomendar que los protocolos de la investigación respondan a las normas propias de la ciencia y no den mucho oído a la variación de la siempre cambiante vida. Pero si escuchamos a Aristóteles, será necesario que discutamos la protocolización como una tensión entre la media ideal o científica y la media para nosotros. Entre la fría teoría y la rica cultura, entre la eternidad y el tiempo, entre la universalidad de la ciencia y la particularidad de la vida.

Creo que este es un dilema que siempre estuvo presente en todas las artes y en todas las ciencias. Como bien sabemos, los dilemas no tienen soluciones, sino *dilusiones*. Los dilemas se diluyen por un momento y parecen apagar sus contradicciones en alguno de sus extremos. Recordemos, por ejemplo, que el Círculo de Viena, apoyándose en Wittgenstein, estableció una solución para la investigación científica a través de las reglas o protocolos del positivismo lógico y dictaminó la posibilidad de la verdad absoluta en las formas lógicas del lenguaje. Más tarde, el segundo Wittgenstein establecía que esa supuesta verdad del lenguaje radicaba en el uso social del mismo, es decir, en la cambiante vida social. El Círculo de Viena y el primer Wittgenstein diluían el dilema entregando toda la posibilidad de la verdad a la formalidad científica; mientras que el segundo Wittgenstein y Gödel demostraban la imposibilidad de esa *dilución* y posibilitaban el fortalecimiento de múltiples propuestas investigativas, donde la variación infinita de los protocolos es la regla; me refiero a la fenomenología, la filosofía del lenguaje y, en general, a las propuestas epistemológicas interpretacionistas o comprensivas.

Todos ustedes, participantes en este I Foro Internacional de Ciencia y Tecnología Hospitalaria revisaron hoy, con los ponentes que nos antecedieron, la cuestión de la *calidad*. Posiblemente toparon este mismo dilema que ahora ponemos sobre el tapete de discusión y, quién sabe, ustedes estarán de acuerdo sobre la enseñanza que nos trae la historia reciente de la filosofía de la

calidad, la misma que viaja desde un planteamiento de calidad como logro por acción privilegiada y única del productor y de la empresa, para llegar a aquella propuesta de *calidad total*, donde la calidad se encuentra tanto en el proceso productivo cuanto en el proceso de consumo, en el matrimonio entre el productor y el cliente. Pasos Nogueira dice: “Es posible imaginar una situación en que haya satisfacción del consumidor sin una correspondencia en términos de características científicamente definidas de calidad de un producto, mas no se puede decir que un producto sea de calidad si, contrariando una evaluación de técnicos, esta decepciona a los consumidores”.

La calidad se constituye como un movimiento importante en la gestión empresarial y en la gestión de servicios de salud en la medida en que integra lo subjetivo y lo objetivo en su pensar y en su accionar, es decir, en la medida en que acepta convivir con el mencionado dilema. Similar situación parece estar ocurriendo en el seno de la ciencia: el investigador social Boaventura de Souza Santos manifiesta que vivimos un momento caracterizado por la necesidad de hacer una doble ruptura epistemológica. A través de la primera explicaríamos la realidad en cuanto razón instrumental, mientras que a través de la segunda ruptura epistemológica lograríamos que la ciencia hable el lenguaje cotidiano. Souza Santos nos recomienda visitar la *phronesis* aristotélica que “combina el carácter práctico y prudente del sentido común con el carácter segregado y elitista de la ciencia”, con miras a lograr “...una configuración de conocimientos que, siendo práctica, no deje de ser esclarecida y, siendo sabia, no deje de estar democráticamente distribuida”.

Si los protocolos en calidad y en investigación social requieren conversar con el mito y con la ciencia, moverse entre el conocimiento lógico y el sentido común, aquello parece ser aún más urgente en el ámbito de la salud. En efecto, la regla, el protocolo, la norma, el patrón en la investigación en salud parece que tienen,

necesariamente, que hablar los dos lenguajes: el lenguaje de la vida, con sus variaciones, necesidades, particularidades del paciente, usuario o grupo, y el lenguaje universal de las disciplinas que constituyen aquellas prácticas disciplinarias consolidadas como clínica, salud pública y similares.

Es imposible no tomar en consideración lo anterior cuando hablamos de investigación en salud, ya que la salud y la enfermedad no son sino modos de andar por la vida. Canguilhem nos dice: “Estar sano no es sólo 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 lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a

la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”.

Volviendo al inicio, creo que es obligatorio escuchar las recomendaciones de Platón y Aristóteles, y aceptemos que todas las artes y ciencias requieren normas, patrones, reglas. Sin reglas no hay arte, ciencia, ni tampoco pueden existir artes y ciencias relacionadas con la salud, pero para poder establecer en buena forma los protocolos, parece que es fundamental que se mimate infinitamente la vida que en sí —de acuerdo a Canguilhem— es normatización y, en esa medida, para protocolizar o regular es necesario que incansablemente conversen, como nos recomienda Göete, el árbol de la teoría con el árbol de la vida.

Artículo 7

Investigación en sistemas y servicios de salud*

¿Qué trata o cuáles son los tópicos que aborda la investigación en sistemas y servicios de salud?

¿Cuáles países son los que investigan y qué privilegian o priorizan?

¿Metodologías utilizadas?

¿Contextos en los que se desarrollan?

El campo de las investigaciones sobre sistemas y servicios de salud (ISSS) no se originó en el dinámico y fervoroso interés de la actual generación. Los comienzos de las primeras investigaciones sobre servicios de salud se remontan a investigadores de siglos pasados, tales como Sir William Petty (1623-87) del siglo XVII, Pierre-Charles-Alexander Louis (1787-1872) del siglo XVIII y Florence Nightingale (1872-1910) del siglo XIX. Las versiones contemporáneas de esas primeras investigaciones siguen siendo las mismas: los costos, los resultados funcionales en relación con los riesgos asumidos, la igualdad de acceso de atención para todos, la idoneidad de la atención respecto de la necesidad y la respuesta colectiva de la empresa de atención a las expectativas y demandas del público. (White, Frenk, Ordóñez, Paganini y Starfield: 1992)

En el siglo XX, es la específica estructuración de los sistemas de servicios de salud lo que impulsó la formación del campo de la ISSS. A partir de los años cincuenta, los países desarrollados reconocen la necesidad de estudiar los servicios de salud para conocer los procesos de atención realizados en ellos y sus efectos sobre la salud y la enfermedad de los pacientes atendidos, así como su desempeño y participación en la conformación de los sistemas de salud y su impacto sobre la salud de la población (Novaes: 2004).

El campo de las investigaciones en servicios de salud fue fortalecido por las nuevas aplicaciones de los métodos estadísticos utilizados por los epidemiólogos y sociólogos con el objetivo común de estudiar los acontecimientos y condiciones que afectan a la población en general o a grupos sociales específicos, en contraste con la investigación de individuos, órganos, células y moléculas. (White, Frenk, Ordóñez, Paganini y Starfield: 1992)

En los dos últimos tercios del siglo XX, la medicina había tenido, por primera vez, un pequeño grupo de intervenciones de eficacia comprobada. Los crecientes costos de esta nueva tecnología incorporada, la expansión casi explosiva de la cobertura poblacional de los sistemas de salud, la función cada vez más amplia de los gobiernos en el financiamiento de los servicios de salud y el pago de la educación médica exigieron que se generara información sobre la eficacia, eficiencia e idoneidad de esas empresas (White, Frenk, Ordóñez, Paganini y Starfield: 1992). Esta expansión se dio más intensamente en los países desarrollados que en los países en desarrollo, y esa intensidad generó rápidamente preocupaciones sobre su sustentabilidad económico-financiera y política, su efectividad técnica y el impacto que tendría en la salud de la población. Ante estas nuevas interrogantes, a partir de las décadas de los setenta y ochenta, se desarrollaron diversas áreas de evaluación en salud (tecnológica, económica, de programas, de la calidad en servicios predominantemente) y de gestión y planificación en salud. Conjuntamente, se asiste a un cambio en el consenso político pasando de la expansión a la reducción de los sistemas de salud y a la contención de costos, aumentando su control y regulación. En 1975, la formulación

* Documento escrito en 2004.

del enfoque de atención primaria de salud para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, y la declaración de la Conferencia de Alma Ata en 1978, estimularon a los Estados comprometidos a revisar sus políticas y sistemas de salud, recomendándose la implementación y desarrollo de niveles básicos de atención bajo una perspectiva integral y multisectorial. (Almeida: 2000; Novaes: 2004)

En la década de los ochenta, a partir de este enfoque, y también como parte de las preocupaciones por los costos y resultados de la atención a la salud, se fortaleció el discurso de la constitución de un campo de investigación particularmente dedicado a proporcionar información capaz de orientar la toma racional de decisiones, para la planificación y gestión sectorial, en los diferentes niveles de los sistemas de salud. La tendencia a partir de este momento es hacia el planeamiento de objetivos en salud mediante el reconocimiento de necesidades de investigación basadas en estudios con relación a objetivos que se pretendan alcanzar; lo que se conoce como investigación sobre la base de acciones orientadas (investigación-acción) (Davis: 1992). Tras este discurso estaba la premisa, desarrollada a partir de las investigaciones en ciencia política en los Estados Unidos, de que “la ciencia podía y debía llevar a resultados políticos, y para tal, el emprendimiento académico debía centrarse en la elaboración de teorías comprobables y trabajar con la perspectiva de la interdisciplinariedad” (Almeida: 2000). En el campo de la ISSS, esta premisa pasó a promover la importancia del desarrollo o perfeccionamiento de sistemas de información que posibiliten la construcción de indicadores de salud para evaluar los estados de salud individual y colectivo, que apoyen la formulación, monitoreo y evaluación de las políticas, y que analicen la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud, para conocer si las inversiones efectuadas alcanzaron sus objetivos de universalidad, efectividad, eficiencia y/o equidad. (Almeida: 2000)

La década de los noventa se caracterizó, principalmente, por la perspectiva del Estado minimalista casi exento de responsabilidad por el bienestar de su población, por crisis importantes en las políticas sociales y de salud, con aumento de las desigualdades, por la globalización de la economía, y las transformaciones en los modelos adoptados como referencia para el análisis de las relaciones entre ciencia-tecnología-innovación y desarrollo social y económico. En este contexto, desde los organismos internacionales (OMS/OPS, Banco Mundial, OCED) y no gubernamentales (IDRC, Alliance for Health Policy and Systems Research, Council on Health Research and Development), hasta organismos públicos nacionales, principalmente en países desarrollados (Centre for Review and Dissemination del Servicio Nacional de Salud Británico), desarrollaron diferentes iniciativas en el área de la salud para que los conocimientos y las tecnologías producidas puedan ser operacionalizadas en las decisiones políticas, económicas, de gestión y técnicas, necesarias para la producción de impactos positivos en los sistemas y servicios de salud, al reconocer que las articulaciones entre ellos no se dan naturalmente. Así ganó un nuevo impulso la necesidad de mayores inversiones en la utilización de los resultados de la ISSS en la formulación e implementación de las políticas de reforma. (Almeida: 2000; Novaes: 2004)

El rango y la extensión de la investigación en sistemas de salud se están expandiendo rápidamente en las últimas décadas y todavía no existe un consenso generalizado acerca de cuáles son sus límites. White, Frenk, Ordóñez, Paganini y Starfield (1994) señalan que: “la ISSS es un ‘campo’, no una actividad ni especialidad basada en disciplinas, cuyos límites son vagos y, los autores sugieren, que deben permanecer así, pues las ISSS son demasiado nuevas y frágiles para subdividirse; varias disciplinas pueden aportar métodos analíticos, pero se necesita también síntesis”.

Los primeros investigadores provenían de los campos de la epidemiología, economía y la salud

ambiental, pero desde el momento en que se empezó a considerar las interrelaciones entre medio ambiente, el comportamiento humano y los ecosistemas de salud, los conocimientos de otras disciplinas entraron en consideración. Hoy, la investigación en sistemas de salud es, por excelencia, un campo interdisciplinario en el que la aproximación científica de un caso en particular define las preguntas de investigación por éste formuladas. Al mismo tiempo, los diferentes investigadores tienden a focalizar en diferentes aspectos del sistema de salud a partir de sus propios intereses. (Davis: 1992)

Las definiciones para investigación en sistemas y servicios de salud encontradas en la literatura dejan claros los contornos amplios y los límites difusos de este *campo científico*:

- “La investigación en sistemas de salud puede ser definida como la producción de conocimiento y su aplicación para mejorar la organización de las sociedades para alcanzar sus metas en salud, incluyendo cómo planifican, administran y financian actividades para mejorar la salud, así como los roles, perspectivas e intereses de los diferentes actores en este esfuerzo. La investigación en sistemas de salud incluye a la investigación en políticas de salud y la investigación en servicios de salud, focalizándose en la entrega de servicios. La investigación en sistemas de salud, más que en otras áreas de investigación en salud, tiene que ser moldeada por la necesidad de garantizar que los temas de investigación concuerden con las necesidades de los *decisores políticos (decision makers)* y que la producción de conocimiento y su posterior comunicación sea gestionada de tal manera que se maximice las oportunidades de que el conocimiento generado sea utilizado”. (Alliance for Health Policy and Systems Research: 2004)
- “La investigación en sistemas de salud es un método científico para adquirir información

de manera que ésta pueda ser utilizada para la toma de decisiones racionales en el gerenciamiento de la salud. Tanto las poblaciones como las estructuras organizacionales y la interacción entre ambas son de su incumbencia. Provee información que permite identificar necesidades de salud en contextos específicos, establece prioridades y facilita la destinación de recursos y fomenta el acceso equitativo a los mismos a partir de las necesidades de los grupos más vulnerables y en alto riesgo. La investigación en sistemas de salud coloca a la salud y la enfermedad en un amplio contexto que contempla los factores sociales, económicos y culturales. También provee información para posibilitar la más efectiva aplicación de la tecnología disponible, para la evaluación de políticas y programas, y sugiere prioridades en la dirección de las nuevas direcciones”. (Patmanathan & Nuyens: 1992)

- “La investigación en sistemas de salud está interesada en mejorar la salud de la población objetivo, mejorando la eficiencia y efectividad del sistema de salud como parte integral de todo el proceso de desarrollo socioeconómico”. (WHO: 1992)

A pesar de que no existe un consenso general acerca de qué significa la investigación en sistemas de salud, la mayoría de los autores (Davis: 1992; Patmanathan y Nuyens: 1992; WHO: 1992; Greenberg y Choi: 1992; Almeida: 2000) coinciden en sus principales características:

- Orientada a problema-acción: debe asegurarse de que el consecutivo uso de los hallazgos de las investigaciones esté integrado dentro de los procesos de investigación.
- Participativa, requiriendo colaboración activa y continua entre los que identifican el problema y lo estudian; los que investigan los factores y sugieren soluciones alternativas (investigadores); y aquellos que serán los potenciales usuarios de los resultados de la

investigación (administradores de los sistemas de salud, decisores políticos). (WHO: 1992)

- Multisectorial, recibe contribuciones de varios sectores de las ciencias sociales y económicas.
- Multidisciplinaria, requiere contribuciones de una amplia variedad de disciplinas que

trabajan mejor en equipo, presentando retos técnicos y gerenciales.

- Mientras su metodología puede ser aplicada para problemas similares en diferentes países, los hallazgos y soluciones para estos problemas similares no son los mismos, dadas las diferencias en las realidades culturales, sociales, económicas y políticas.

Bibliografía

Alliance for Health Policy and Systems Research. *Policy Practice Research, Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva: 2004; 2-3, 11-13.

Almeida, C. *Delimitación del campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias*, Texto base para discusión. Cuadernos para Discusión; 2000;1; 11-35.

Choi, T.; Greenberg, J. "The Role of the Social Sciences in the Health Services Research: An Overview". En: Choi, T.; Greenberg J. (Editors). *Social Science Approaches to Health Services Research*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1992: 2-20.

Davis, A. M. "The evolving science of health systems research". In: WHO/SHS. *From research to decision making: case studies of the use of health systems research*. Geneva: 1991; 139.

Novaes HMD. *Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil*. Brasil: Cad Saúde Pública; 2004: 20; supl. 2: S147-157.

Patmanathan, I.; Nuyens, Y. "Information for Health Development". In: Davis, A. M.; Mausorian, B. *Research strategies for health*. Washington D.C.: Hogrefe & Huber Publishers; 1992.

World Health Organization, Netherlands Ministry for Development Cooperation, Royal Tropical Institute. *Health Systems Research. Does it make a difference*. Geneva: 1992: 1-2.

White, K.; Frenk, J.; Ordóñez, C.; Paganini, J. M.; Starfield, B. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 534; 1992.



Recursos humanos en salud



Artículo 8

Lineamientos para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el marco de la reforma del sector*

A) Antecedentes teórico-estratégicos

Las reflexiones desarrolladas en el primer borrador del 18 de diciembre sirvieron para establecer algunos elementos fundamentales de carácter metodológico:

1. Es conveniente tomar como apoyo para la comprensión y acción en el ámbito de la reforma sectorial las propuestas que nos traen los documentos *Experiencia de la PWR-Ecuador en el área política de la reforma del sector*¹ y *Elementos de estrategia para la cooperación técnica de OPS/OMS en el Ecuador para el proceso de reforma del sector salud*.²
2. Los documentos mencionados portan nociones y categorías generales que posibilitan realizar un abordaje más amplio sobre la problemática de recursos humanos en salud.
3. Las nociones: a) “contrato social” y b) “acontecimiento”; las formas de mirar: c) “iniciar por una mirada política” y d) “complementar con una mirada técnico-administrativa”, constituyen elementos importantes para situarnos en el campo de recursos humanos. Las nociones nos atan a supuestas características de la realidad que nosotros privilegamos:

a) La noción “acontecimiento”:

- Nos apoya en la comprensión del problema que se está dando y que pertenece al presente, y que por lo tanto está cargado de pasado y avanza hacia el futuro. Nos lleva a pensar que es algo que acontece pero que podía no haber acontecido. Embarcados en el “acontecimiento” recursos humanos podemos pensar que la reforma en recursos humanos se está dando y que, por lo tanto, las fuerzas que se han conformado en el pasado podrían asumir responsabilidad sobre la reforma y delinear una visión (futuro). La noción “acontecimiento” nos demanda a que veamos las diferencias, discontinuidades, las fuerzas en litigio y, a la vez, reconozcamos que es necesario:
 - * Movilizar esas diversas fuerzas (ámbito eminentemente político),
 - * Conformar una visión o “lineamiento de política” (ámbito político-técnico-administrativo), que debería estar dirigido a apoyar la labor de liderazgo que necesariamente debe cumplir el Consejo Nacional de Salud (CNS)-OPS, para crear espacios de unidad de esas fuerzas movilizadas.
- La noción “acontecimiento” obliga a ejercer nuestra labor con mayor creatividad y nos

* Segundo borrador, escrito el 15 de enero de 1996.

1 Hevia, P. PWR-Ecuador. *Experiencia de la PWR-Ecuador en el área política de la reforma del sector salud, periodo marzo-noviembre 1995*. Ponencia sobre enfoques innovativos en la gerencia de la cooperación técnica. Washington; diciembre de 1995.

2 PWR-Ecuador. *Elementos de estrategia para la cooperación técnica de OPS/OMS en el Ecuador para el proceso de reforma del sector salud*. Ponencia presentada en Washington; septiembre de 1995.

entrega más libertad de pensamiento. Es por esto que en un documento anterior³ fue posible iniciar el abordaje de la problemática de la reforma y los recursos humanos de la OPS a través del construccionismo social, más tarde utilizar la teoría de la acción comunicativa de Habermas, introducir aspectos del pensamiento estratégico de Testa y Rovere, tomar elementos de la teoría política clásica de Hobbes, Locke y Rousseau, apoyarnos en Foucault, etc.

- La noción “acontecimiento”, al ser tan móvil y cambiante nos amenaza, por otro lado, en dejarnos sin un referente ético fuerte, que es muy necesario para la reforma. Para abordar este problema parece existir algunos “filones” que deben ser explorados por profesionales más versados sobre el asunto. De todas maneras se ha elaborado un pequeño documento que traduce algunas angustias al respecto y ofrece andamios para caminar, al menos por un rato, en esta construcción.⁴
- La noción “acontecimiento” nos instruye sobre la necesidad de reflexionar sobre otras nociones, éstas son: visión, liderazgo y ética.

b) La noción “contrato social”:

- Nos lleva a un campo de reflexión diferente y, quién sabe, opuesto al que nos convida la noción “acontecimiento”. En efecto, la noción “acontecimiento” nos invita a ser creativos y libres, mientras que la noción “contrato” parece indicarnos que la libertad se halla inmersa en un contrato que pondrá claras barreras, declarando que esa libertad no es infinita. Nos indica que la libertad se halla unida a una noción de centralidad socialmente construida y que posiblemente

llegará a ser determinante al transformarse en una máquina que moldeaba reforma. La noción “contrato”, por otro lado, nos advierte que, si no nos cuidamos, la creatividad puede transformarse en docilidad y la libertad en utilidad (Foucault).

Entonces, ¿cuál es la causa para que insistamos en situarnos en esta noción “contrato”? Porque parece no haber otra alternativa. Porque, si no entramos a firmar un nuevo contrato, las fuerzas hegemónicas del mercado conquistarían todo el poder y direccionarían la reforma hacia las relaciones creadas por la forma valor-dinero, constituyendo al mismo tiempo una centralidad o Estado a su servicio. De lo que se trataría es de que las otras fuerzas también entren en este contrato, se establezcan alianzas, se concierte y negocie y se forje un consenso más democrático que posibilite una función reguladora que no visualice únicamente las necesidades del mercado sino que también registre las necesidades humanas, ejerciendo justicia en cuanto equidad (Rawls). En esta forma, nuestra creatividad estaría en constante acción, mientras que nuestra libertad se constituiría constantemente como lucha por mantener y ampliar la libertad (Locke).

- Mientras la noción “acontecimiento” nos hace averiguar las características y direccionalidad de las distintas fuerzas que convergerían en el CNS, en cambio la noción “contrato” nos comanda a establecer los posibles ámbitos de consenso, de solapamiento de intereses, de forja de generalidad, de búsqueda de alianzas, de estabilización del movimiento, pero siempre en procura de la equidad en cuanto ética de centralidad.⁵
- La noción “contrato” nos lleva a preguntarnos sobre la posibilidad de que lo particular

3 PWR-Ecuador. *Los recursos humanos necesarios para la PWR de Ecuador*. Quito; junio de 1995.

4 PWR-Ecuador. *Algunas ideas sobre ética y reforma sectorial*. Quito; enero 12 de 1996.

5 Ver PWR-Ecuador. *Algunas ideas sobre ética y reforma sectorial*. A pesar de la pobreza del documento, sin embargo, se logra establecer algunos atisbos sobre la necesidad de una ética de justicia.

se integre en lo general, el movimiento construya justicia estable, la divergencia viaje hacia el acuerdo, la diversidad construya unidad. La noción “contrato” nos lleva a visualizar la imposibilidad de evitar las diferencias entre poderes e intereses, pero al mismo tiempo nos instruye sobre la posibilidad de construir un acuerdo ético equitativo a partir del máximo respeto de las verdades y éticas particulares que portan los distintos sujetos y actores sociales.

- La noción “contrato” nos instruye, entonces, sobre el requerimiento de una lucha política que defienda y construya creatividad, libertad, democracia y una ética central en cuanto justicia-equidad.

c) El planteamiento de “comenzar por una mirada política”:

- Se desprende de las anteriores reflexiones. La fuerza fundamental descansa en el poder político de los actores “que pueden integrarse alrededor del Consejo Nacional de Salud (CNS). El eje del pensamiento se mueve desde la posibilidad de que los distintos actores con su cultura, organización y aspiraciones establezcan propuestas políticas (sumatorio de voluntades) que posibiliten llegar a acuerdos a través de alianzas, negociaciones y acuerdos para conformar un proceso de regulación central más acorde con las necesidades de una reforma equitativa y justa. El término regulación se mueve, entonces, sobre la base de que se pueda juntar fuerzas, para lo cual necesitamos elaborar una visión o guía para la acción regulatoria presente y futura.⁶
- Al mismo tiempo, la “mirada política” debe dirigirse hacia el fortalecimiento de la identidad de los actores que participan en el proceso de reforma; en otros términos, no es posible “utilizar” a los actores para que empujen el proceso regulatorio, sino que

además es fundamental que la generalidad regulatoria apunte la particularidad y diferencia de los actores: la regulación tiene que ser unidad en la diversidad. En esta forma estaríamos impidiendo que el plan desarrollado por la reforma sea uno de naturaleza autoritaria.

- La necesidad de iniciar por una “mirada política” nos comanda entonces a reflexionar sobre el requerimiento de negociaciones, acuerdos, consensos, alianzas tendientes a regular el comportamiento social y económico del quehacer en recursos humanos.

d) El planteamiento de complementar con una mirada técnica y administrativa:

- Nos obliga a tomar al recurso humano dentro de su necesaria utilidad para el sistema. A más de su identidad, el recurso se forma como portador del conocimiento y experiencia técnica, es distribuido, administrado (incentivado económicamente, reciclado, promovido, etc.) y circula por un mercado de trabajo. Es conveniente anotar que al introducir al recurso humano como útil estamos directamente introduciéndonos en el campo de la “ética” consecuencialista de carácter utilitario, que ha sido duramente criticada en los últimos tiempos.
- 4.** Las reflexiones incluidas en el primer borrador del 18 de diciembre de 1995 nos han llevado a percatarnos sobre el requerimiento de avanzar sobre nuevas nociones. Al reunir las a todas ellas, deberemos encontrar alguna posibilidad de interconexión:
- Nociones relacionadas con los requerimientos generales de la reforma: lucha política que construya una visión del campo de recursos humanos y liderazgo por parte del CNS y que, al mismo tiempo, defienda y construya

⁶ Al respecto, Mónica Padilla ha elaborado un importante aporte para discutir sobre el tema regulación: Padilla, M. *Regulación de los recursos humanos de la salud en el marco de la reforma sectorial*. Washington; 1995, (mimeografiado).

creatividad, libertad, democracia y ética central en cuanto justicia-equidad;

- Nociones relacionadas con medios que llevan a planteamientos políticos generales: negociaciones, acuerdos, consensos, alianzas que conduzcan a un proceso de regulación;
- Nociones relacionadas con el recurso humano que rescata su identidad y su utilidad en cuanto formación, distribución, administración y circulación.

5. Para analizar los anteriores bloques de nociones, es fundamental que resaltemos el carácter antinómico de las nociones eje que estamos utilizando:

- La noción racionalidad comporta una antinomia entre la racionalidad instrumental (medio-fin) y la racionalidad comunicativa;
- La noción mundo comporta una antinomia entre mundo de la vida regido por la acción comunicativa con miras al entendimiento y el mundo sistémico regido por la racionalidad medio-fin (ciencia, poder y dinero);
- La noción contrato social comporta la antinomia entre la contractualidad central del Estado y la contractualidad interindividual e intergrupala de la sociedad civil;
- La noción ética comporta la antinomia entre la ética consecuencialista utilitaria que surge desde una racionalidad medio-fin y una ética “consensualista” que surge desde una racionalidad comunicativa;
- La noción regulación comporta la antinomia entre la intervención para corregir los mecanismos de autorregulación de los mercados y el enfoque regulacionista que promueven la reproducción general, teniendo en cuenta las estructuras económicas y las formas sociales;⁷
- La noción recurso humano comporta la antinomia entre su identidad constituida por su creatividad, libertad y responsabilidad, y su utilidad representada por su docilidad ante

el requerimiento de fortalecer el poder técnico, político y económico imperante.

El reconocimiento de estas múltiples antinomias tienen como base un enfoque metaestructural, reconoce la matriz de la modernidad sobre la que hace un abordaje crítico no radical, es por esto que no se identifica con una visión posmoderna. Sin embargo, critica la filosofía de la conciencia, la filosofía de la historia, el paradigma productivista y los planteamientos dogmáticos sobre la praxis.

6. Características del documento: con todas las reflexiones anteriores, se intenta producir un trabajo corto que pueda ser parte de los documentos de debate del Consejo Nacional de Salud (CNS) y que podría llegar a los distintos actores actuales y potenciales de la reforma sectorial. Por la propia disgregación del campo de recursos humanos (las instituciones de formación son autónomas, las instituciones de servicio tienen diferente comando, el mercado se ha segmentado, pobreza bibliográfica, pobre poder político), no es posible pensar que una propuesta técnica pueda crear consenso, sino que más bien se debería hacer un esfuerzo por elaborar un planteamiento amplio de carácter político-técnico. En el campo de recursos humanos es posible que se pueda crear interés en la gente que trabaja o que potencialmente laborará en el sector salud, en la medida en que se toque su identidad, mientras que para los que comandan o “utilizan” recursos humanos lo más importante será que se tome en consideración la utilidad del personal. Esta característica antinómica de la noción recursos humanos nos comanda a profundizar un par de aspectos que necesariamente debe tomar en cuenta la reforma sectorial, sobre todo en el ámbito de los recursos humanos:

6.1. Nuestra cultura escindida. La colonización de América Latina significó para nuestros pueblos la destrucción de la

7 Padilla, M. *Regulación de los recursos humanos...* p. 3 y 4.

cultura autóctona y la imposición de una cultura “civilizadora” europea:

“El conjunto de formas de vida, de las relaciones entre los pueblos y sus mundos simbólicos, los dioses, las maneras de relacionarse intersubjetivamente y de establecer vínculos sólidos con la naturaleza, fueron penetrados por la razón instrumental, cada vez con más fuerza, hasta producir una colonización de las ideas, de las mentes”.⁸

A pesar de la dominación e intentos de destrucción, nuestra cultura pervive todavía y con mucha fuerza, mundos simbólicos que se reproducen en nuestro imaginario, ya sea como categorías preteóricas o mitos que ordenan toda nuestra vida: “Los iwianch se llevaban a los niños”, “la creación según la comunidad Tinibamba”, “el diluvio shuar”, “Amasanga y Sunghui de los canelos”, “el ciclo mítico de los cañaris”.⁹ En otras ocasiones como sincretismos de dioses modernos y mitos semidormidos que nos halan por caminos que se bifurcan y se oponen en el intento de entender y dar soluciones a nuestros problemas ligados con la salud, la economía, las relaciones familiares, la vida y la muerte. Otras veces, las voces de la historia nos llaman a romper a través de la lucha político-cultural la “separación entre el árbol del conocimiento y el árbol de la vida”,¹⁰ a intentar unir aquel logos que nos dio Grecia y la modernidad con el mundo simbólico del mito que tan dentro de nuestra vida se halla o que más bien es nuestra vida.

Nuestra heterogeneidad estructural reclama al reconocimiento de nuestra

múltiple identidad y, al mismo tiempo, la disímil posibilidad de interpretar la salud y enfermedad. Nuestra nación es un espacio heterogéneo con distintas tonalidades y vibraciones culturales. En este ámbito determinado por la economía, la ecología, la ideología dominante, existen formas de vida ya forjadas en diferentes crisoles culturales: campesinas, indígenas, pequeñas ciudades, grandes ciudades, etc. las que, en interrelación con el medio con el que ahora se encuentran, producen holismos simbólicos particulares que aconsejan diversas formas interpretativas, proponen diferentes medios de solución a los problemas, establecen relaciones de comunicación distintas, valoran en diverso grado las recomendaciones, los hombres y las cosas, y configuran la salud como acontecimiento.

Somos herederos de una visión del mundo mutilada y quebrada. La catástrofe demográfica que acompañó la colonización de nuestras tierras también impactó sobre nuestras culturas, pero, a pesar de todo, al mirarnos hacia adentro, en búsqueda de nuestro ayer-mañana, seguimos todavía, y en buena hora, produciendo visiones del mundo, cosmologías distintas a las dominantes. Muchos de nosotros posiblemente participan con alguna fuerza de aquella “indistinción entre las cualidades personales, naturales y sagradas”,¹¹ mientras que otros ya están mucho más integrados a la cultura del “vigilar, dominar o explotar”;¹² aquellos que se hallan más cerca al planteamiento científico-instrumental, el mundo de los fenómenos será ante todo un “ello”, mientras que para otros ese mismo mundo de los fenómenos tendrá más bien

8 Rojas, C. *Mundos simbólicos*. Op. cit. p. 115.

9 Rueda, M. *Mitología*. Quito: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 1993.

10 Quijano, A. “La modernidad, el capital y América Latina nacen el mismo día”. *Revista Sociedad y política*: (9): 45.

11 Redfield, R. *El mundo primitivo y sus transformaciones*. p. 131.

12 Lee, D. *Religious Perspectives of College Teaching*. New Haven: Edward Hazen Foundation, p. 7.

una connotación de “tú”.¹³ Para muchos habitantes, el universo posiblemente “tiene una significación moral... la tela del universo está hecha de deberes y juicios éticos... existe una justicia inmanente”,¹⁴ para otros, en cambio, se trata de un universo sin Dios e indiferente al hombre... Si no tomamos en consideración estos aspectos, entonces únicamente buscaremos la determinación económica, tecnológica y política dominante con miras a manipular los saberes y comportamientos de nuestros “objetos” de estudio, cuando en realidad estamos en la obligación de interpretarlos; en otras palabras, tan solo pondremos sobre el tapete la utilidad de los recursos humanos. “Considerar las dimensiones simbólicas de la acción social... no es apartarse de los problemas existenciales de la vida para ir a parar en algún ámbito empírico de formas desprovistas de emoción; por el contrario, es sumergirse en medio de tales problemas”, ya que se tratan de entenderlas en cuanto “descripciones densas”.¹⁵ A través de la noción identidad, tratamos de integrar, en alguna medida, estas características. Es obvio reconocer que no es posible elaborar un documento que tome en consideración las múltiples caras o dimensiones de las identidades diversas y locales de nuestros habitantes, pero es fundamental establecer la necesidad de que la reforma lo considere tan seriamente como cualquier otra categoría, porque sin respeto y desarrollo de la identidad, sería imposible establecer un “contrato social equitativo”, ya que la base de la ética de la reforma radicaría en el reconocimiento de la autenticidad irremplazable de las aspiraciones de realización de los diferentes actores y sujetos que viven en este país.

6.2. Nuestra organización escindida. Mario Testa desarrolló hace muchos años un planteamiento que lo denominó “postulado de coherencia” y que hace referencia a la relación entre los propósitos, los métodos y las organizaciones. Él plantea que, en los países desarrollados, el postulado de coherencia adopta las siguientes relaciones de determinación (ver gráfico N°.1).

Gráfico N°1



Las organizaciones de los países desarrollados tienen una larga historia de añejamiento. Son instituciones fuertes que determinan el desarrollo de los métodos y técnicas necesarias para su conducción. Esos métodos y técnicas se apoyan en la ciencia occidental, la misma que constituye una de las fuerzas validatorias más importantes. En esa medida, los propósitos que traducen voluntades políticas de los diferentes actores que participan en los escenarios nacionales de dichos países están férreamente determinados, por un lado, por la propia estructura organizacional históricamente constituida y, por otro lado, por las técnicas, los métodos y las ciencias. En otras palabras, la concepción de cambio o

13 Frankfort, H. “Mito y realidad”. En: *El pensamiento prefilosófico (I tomo)*. México: Fondo de Cultura Económica (segunda edición); 1958, p. 15.

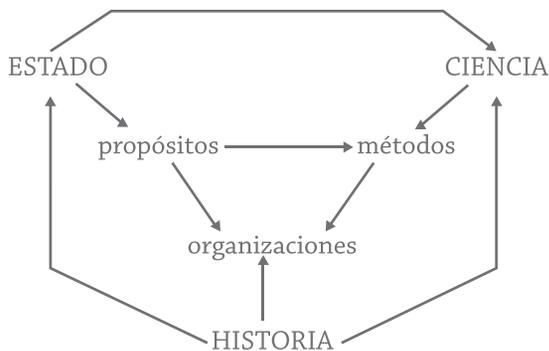
14 Redfield, R. Op. cit. p. 132.

15 Geertz, C. *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa; 1973.

reforma en los países centrales se validan en la medida que éstos demuestren una sólida coherencia científica y tengan potencialidad de conformar parte de la estructura de las organizaciones.

Según Testa, en los países en “proceso de desarrollo”, las relaciones de determinación entre propósitos de gobierno, métodos y organizaciones cambian grandemente (ver gráfico N° 2).

Gráfico N°.2



Las organizaciones de los países en proceso de desarrollo son de naturaleza débil, lo cual es explicable por la historia conflictiva que hemos debido vivir: un desarrollo impuesto desde fuera que irrespeta nuestra vida, y nuestras propias características organizativas. Las organizaciones no tienen, entonces, las fuerzas suficientes para determinar los métodos y los propósitos, sino que éstas son determinadas por los propósitos o voluntades en lucha que, a su vez, determinan tanto las organizaciones como los métodos.

Lo anterior se confirma a nivel nacional. El Ministerio de Salud Pública vivió una época de gran fortaleza desde su nacimiento hasta 1979, en que pasa a ser, en alguna medida, una cuota de poder que es concedida a alguna de las fuerzas que entraron en alianza con el

bloque de poder que ocupó el gobierno. Las invariantes organizativas que se lograron constituir pasan rápidamente a ser muy variables, los métodos demuestran mucha debilidad y cambian rápidamente ante los poderes de turno.

Lo anterior nos lleva a una reflexión importante: no es posible preparar una estrategia sobre la reforma que prevea únicamente la forja de un proyecto de alta sofisticación científico-metodológica y que haga planteamientos de cambio basados en la estructura y fuerza de las organizaciones existentes, sino que es aún más importante tomar en consideración los propósitos de los diversos actores que pueden o no respetar los métodos y aún irrespetar íntegramente la dinámica de las instituciones. Es por esto que se considera que lo más importante es forjar actores de la reforma. Desarrollar “propuestas” que levanten puntos de vista por parte de los diversos actores, con miras a lograr su transformación en sujetos de la reforma, de otra forma podríamos generar una propuesta sumamente coherente que solo conduzca a entrar en diálogo con los bancos, las organizaciones de cooperación internacionales y algunos sectores del mercado.

7. Al desarrollar la noción recursos humanos a través de la antinomia identidad-utilidad, es lógico suponer que debemos hacerla circular por las diversas antinomias ya explicitadas. En esta forma, la identidad está unida a una racionalidad comunicativa, al mundo de la vida, a la ética “consensualista” y reclama una contractualidad central del Estado que promueva una regulación tendiente a la reproducción general, esto es que tenga en cuenta las estructuras económicas y las formas sociales. Mientras que la noción utilidad está más unida a la racionalidad instrumental, al mundo sistémico y a la contractualidad interindividual dominada por el mercado, el que supuestamente se autorregula.

B) Lineamientos para el desarrollo de recursos humanos en salud en el marco de la reforma del sector

1. *Participación equitativa, solidaria y universal de los actores-sujetos de la reforma*

El campo de los recursos humanos en salud en el Ecuador está integrado por distintas concepciones y realidades producidas por diferentes actores y sujetos que a través de su accionar conformaron la situación objetiva actual.

Este campo es producto de fuerzas políticas, técnicas y administrativas que posibilitaron la conformación de la realidad actual. La universidad ecuatoriana ha jugado un rol fundamental en la formación del recurso humano profesional y tecnológico. Los servicios públicos y privados han integrado al personal de salud requerido para el cumplimiento de sus planes y programas de salud, mientras que los gremios profesionales y organizaciones de trabajadores de la salud han cumplido con la función de asociar a sus miembros, defender su trabajo y cumplir una función reguladora en el mercado de trabajo.

Para poder desarrollar los principios de equidad, universalidad, integralidad, excelencia y solidaridad propuestos por la reforma, es fundamental que todos los actores que han intervenido en la conformación del campo de recursos humanos fortalezcan su participación y, aún más, otros sujetos participen ampliamente en su desarrollo. Al respecto, es fundamental que la reforma reciba el impulso de las organizaciones indígenas, las organizaciones femeninas, de derechos humanos, religiosas, barriales, municipales, ONG, etc.

1.1. Razones para la participación. El ineludible requerimiento de participación por parte de todos los actores que conforman este país multiétnico y multicultural en la definición y ejecución de la reforma en general y de la reforma en el ámbito de recursos humanos en particular se fundamenta en los siguientes elementos:

- La salud es un acontecimiento muy ligado al mundo de la vida de los diferentes estratos poblacionales. La salud está atravesada por la cultura, ética y emocionalidad de los individuos pertenecientes a los diferentes grupos sociales. Conformar parte importante de sus estrategias de vida y de reproducción social. La salud es un evento con distinto significado de acuerdo al especial simbolismo que históricamente ha desarrollado cada población.
- Las acciones de salud desarrolladas por los servicios de salud responden a determinantes técnico-científicos y político-económicos, que deben ser imbricados con las particulares necesidades epidemiológicas, culturales, sociales y económicas locales.
- Los recursos humanos de la salud son los intérpretes de las necesidades de salud siempre diferentes y locales y son, al mismo tiempo, los portadores del conocimiento y experiencia científico-técnica. Al ser intérpretes de la población, los recursos humanos deben cumplir la difícil tarea de comprender:
 - * Las verdades preteóricas sustentadas por la población alrededor de la salud y sus relaciones con el entorno social;
 - * Sus pretensiones de validez, esto es, su verdad preposicional, su rectitud normativa, su veracidad o autenticidad;
 - * Sus acuerdos racionalmente motivados o intersubjetivamente producidos sobre las acciones necesarias para promover la salud y prevenir-tratar la enfermedad.

Al ser los intérpretes de las situaciones particulares y de las verdades, eticidades y veracidades siempre cambiantes y locales de las poblaciones ecuatorianas, los recursos humanos de la salud necesitan obviamente la participación de los diversos actores campesinos, indígenas, barriales, etc. en la definición de sus necesidades.

Por otro lado, al ser los portadores del saber científico-técnico occidental, los recursos humanos tienen que, a través de

su conocimiento y experiencia, 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 interrelación entre el conocimiento científico y el saber originado en el mundo de la vida para proponer propuestas de cambio y superación de los problemas. En esta proyección eminentemente científico-técnica, la reforma requiere igualmente la participación de todos los ecuatorianos para acondicionar la intervención de la ciencia y la tecnología a sus propios requerimientos diversos.

- 1.2.** Fundamentos ético-morales para la participación. El reconocimiento de la ineludible necesidad de la participación de todos los actores ecuatorianos en la definición y desarrollo social y técnico de la reforma sectorial en general, y en la definición y desarrollo de los recursos humanos necesarios para la reforma obliga igualmente a reconocer la necesidad de levantar un principio de moralidad dirigido a lograr consensos amplios y posibles en pro del bienestar de todos los ecuatorianos. Este principio moral de justicia en cuanto equidad debe ser la base para la organización y producción de las acciones en salud, su distribución y evaluación.

Si bien es necesario conformar intersubjetivamente una moral general sobre la salud, es fundamental, por otro lado, rescatar un radical principio de ética que reconozca la autonomía de cada uno de los actores en definir sus conceptos sobre la salud, sus pretensiones de validez y sus propuestas prácticas alrededor de la misma. El intento de forjar un compromiso social democrático que busca la justicia debe reconocer la necesidad de un concepto moral central y las éticas particulares que surgen desde el mundo de la vida.

- 1.3.** La forja de un nuevo contrato social para la participación. La reforma sectorial en gene-

ral y el desarrollo de los recursos humanos para la reforma en particular tiene necesariamente que asumir la necesidad de la fundamentación de un nuevo contrato social que considere el carácter antinómico entre la contractualidad central representada por el Estado y la contractualidad interindividual e intergrupala que surge desde la sociedad civil. Es obvio que desde los sectores del mercado surgen planteamientos de dirigir la reforma hacia el logro de mayores niveles de eficiencia, ahorro en el gasto social, circulación más libre de los fondos pertenecientes al sector salud y la transformación del servicio de salud en mercancía. Es también comprensible que desde los gremios y organizaciones de trabajadores se defienda la seguridad y el nivel de vida de sus asociados. Las instituciones de formación de recursos humanos aparecerán defendiendo sus objetivos académicos y científicos, mientras que los servicios de salud reclaman por una posibilidad más adecuada para ejercer su función.

La reforma requiere todas las fuerzas que históricamente apuntalaron la conformación del campo de recursos humanos en el país, pero también la participación de la población usuaria de los servicios. Requiere la participación de las organizaciones primarias y secundarias de la sociedad civil y de las diversas instituciones relacionadas con la salud. Solo así se podrá llevar a cabo un nuevo contrato social que posibilite la forja de un Estado más democrático en salud que constantemente busque consensos ante las divergentes emisiones e intereses de los diversos actores, haga prevalecer los intereses generales sobre los particulares y defienda los derechos de los sectores más débiles y marginados.

- 1.4.** La necesidad de un nuevo rol regulador del Estado para la participación. El reconocimiento de la necesidad de participación universal y equitativa de todos los actores de la reforma sectorial, que intentan desarrollar consensos a través de su participación democrática, ha

llevado a la estructuración del Consejo Nacional de Salud como organismo que cumpla la labor regulatoria de esa participación.

En el ámbito de recursos humanos, el Consejo Nacional de Salud ha previsto diversas acciones regulatorias que corresponderán a los distintos momentos de desarrollo de la reforma. En este primer momento la acción regulatoria está dirigida a promover la participación de la mayor cantidad de actores en:

- La definición de los criterios básicos sobre los recursos humanos, que servirían de base para el avance de la reforma sectorial;
- La definición paulatina y conjunta de los problemas fundamentales sobre el área de recursos humanos;
- El estudio y propuesta de posibles medidas para el tratamiento de los problemas definidos;
- La definición intersubjetiva e interactiva de los lineamientos de regulación en el campo de recursos humanos.

2. *Hacia la comprensión integral de los recursos humanos de la salud*

La visión del campo de recursos humanos a ser constituida como producto de la reforma reclama la reformulación de los poderes, relaciones, tiempos, acciones, con miras a posibilitar el avance de los recursos humanos hacia sujetos de la salud en este país. En otras palabras, es fundamental construir las alternativas para que el saber y la voluntad de los recursos humanos de la salud se potencien en el desarrollo de acciones con cada vez crecientes contenidos y acciones verdaderas, éticas, veraces, eficientes y eficaces.

La reforma sectorial es un proceso de socialización, de lucha por la constitución de una voluntad general que impulsa el cambio. Es imposible pensar que la reforma se desarrolle con una idea de simple utilización del recurso humano. La reforma tiene obligatoriamente que apoyar la constitución de la identidad de los recursos humanos y elevar

su capacidad productiva, con miras a elevar los niveles de salud de la población. En esa medida, es fundamental que la reforma interprete y busque la construcción de la identidad del recurso humano en cuanto ser humano, esto es como un ser cultural (que construye verdades), como ser social (que construye ética, normas y formas organizativas), como una personalidad poseedora de individualidad y un mundo de sentido-significado. Al mismo tiempo, la reforma deberá interpretar al recurso humano como un sujeto que a través de su trabajo puede utilizar eficientemente los recursos y producir acciones de salud con mayor eficacia.

La reforma en el campo de los recursos humanos demanda, entonces, una respuesta integral sobre su identidad (creatividad, libertad, simbolismo y responsabilidad) y su productividad (eficiencia y eficacia). El recurso humano debe siempre ser considerado como fin y medio; cualquier acción que se desarrolle y en la que intervengan recursos humanos, es mandatorio considerar su propia realización y desarrollo.

2.1. Fundamentos ético-morales para la comprensión integral de los recursos humanos de la salud. El desarrollo de los recursos humanos necesarios para la reforma de la salud en Ecuador obliga a visualizar un complejo eje moral, que hace referencia a la salud en cuanto consenso de los diversos actores que participen en el proceso de reforma, sus formas de promoción, prevención y atención, conforme dictaminan los avances de la ciencia y la técnica y las especiales recomendaciones que surgen desde la cultura y preceptos organizativos propios de nuestros grupos sociales y organizaciones. En este ámbito, la moral general reclama por parte de los recursos humanos el ejercicio de una ética de responsabilidad.

Pero, además, la reforma tiene que tomar en consideración la ética inherente al trabajo con recursos humanos y que hace referencia a defender y desarrollar la creatividad, libertad y simbolismo y organización de los mismos.

Por último, las formas organizativas de los servicios, procesos de gestión-financiamiento y modelo de atención de nuestros servicios reclaman, por otro lado, una moral de carácter consecuencialista que se sintetiza en la necesidad de búsqueda de eficiencia y eficacia por parte del personal.

2.2. La forja de un nuevo contrato social para asegurar el desarrollo integral de los recursos humanos de la salud. Los recursos humanos de la salud podrán impulsar la reforma en la medida en que puedan ejercer tanto su identidad como su productividad. La identidad, en este campo, nos remite a la posibilidad de forjar un presente adecuado de formación y trabajo, el respeto y desarrollo de las potencialidades históricamente forjadas en los individuos que participan o participarán en el proceso y un futuro de mínima seguridad en que el recurso humano pueda impulsar el avance del servicio al mismo tiempo que desarrolla su personalidad. El recurso humano vive en el presente, tanto su pasado como su futuro; un nuevo contrato social tiene que visualizar esta realidad.

2.3. La necesidad de un nuevo rol regulador del Estado para el desarrollo integral de los recursos humanos de la salud. Los recursos humanos que laboran en los servicios de salud son:

- Los intérpretes de las necesidades locales y diferentes en salud de la población ecuatoriana;
- Son los *portadores* de los conocimientos científico-técnicos sobre salud;
- Son *identidad y potencialidad productiva*.

El Consejo Nacional de Salud, al constituirse en centralidad que regula el proceso de acumulación de fuerzas necesarias para la reforma y coordinador en la forja de una visión sobre la misma, tiene necesariamente que tomar en consideración estas tres características propias de los recursos humanos de la salud para desarrollar su función reguladora en este campo.

a) Regulación de la formación de recursos humanos de la salud

Las universidades ecuatorianas históricamente han cumplido la labor de formar el recurso humano profesional y tecnológico necesario para llevar a cabo los programas de salud desarrollados por los servicios públicos y privados. La universidad, a pesar de los problemas financieros, organizativos, de gestión, etc., ha mantenido, de acuerdo a sus posibilidades, un nivel científico-técnico que necesariamente tiene que ser elevado y ampliado.

El recurso humano necesario para la reforma no es únicamente un portador de conocimientos científico-técnicos, sino que tiene que ser un intérprete de las necesidades de salud de la población. Esas necesidades responden a una racionalidad que surge desde el mundo de la vida de los pobladores, racionalidad que se forja a partir de su cultura y organización. Las entidades de formación superior en salud tienen necesariamente que transformar sus currículos en procesos de búsqueda de “sincretismo” entre las dos racionalidades. La reforma requiere profesionales que comprendan la problemática diferente y local, amplíen esa racionalidad mediante los instrumentos científico-tecnológicos generales y actúen junto con la población en la promoción y prevención de la salud y en el tratamiento de las enfermedades. La reforma demanda una nueva noción de autonomía de las instituciones de formación en salud, autonomía como forja de una normatividad comprometida con el desarrollo de la ciencia y la técnica, las culturas y necesidades sociales de nuestras poblaciones, y la elevación de calidad de atención de los servicios de salud: autonomía como compromiso de la educación en la reforma del conocimiento y del actuar en búsqueda de la salud.

Al mismo tiempo, la reforma se comprometerá con el avance de la identidad de las

instituciones de formación universitaria en salud. Compromiso que tiene que dirigirse a la profundización de su autonomía en tanto creación de posibilidades concretas de cumplir con el cometido que propone la reforma. En esa medida, la reforma debe buscar la flexibilización de las barreras existentes entre la formación y el servicio, para fundamentar con mayor fuerza el contrato social entre las dos entidades en búsqueda del incremento de la calidad de las acciones propias de cada institución.

b) Regulación de la vinculación de los recursos humanos de la salud

Los servicios de salud actualmente existentes deberán ser reformados con miras a alcanzar los principios de la reforma: equidad, universalidad, integralidad, excelencia y solidaridad. Los recursos humanos que laboran en su seno son los agentes fundamentales que deberán empujar dicho cambio. En esa medida, el abordaje de las diversas medidas de regulación tiene que ser propuesto con miras a llegar a un consenso entre los distintos actores de la reforma:

- **Racionalización de los recursos**

La reforma entraña no desmantelar las instituciones para crear otras. La consulta popular, por otro lado, claramente ha explicitado la voluntad general de los ecuatorianos por cambiar sus instituciones pero no desmantelarlas. La disminución absoluta y relativa de los recursos en el sector público impide pensar y desarrollar una reforma coherente. Los distintos recursos: humanos, físicos, instrumentales y de conocimiento conforman parte de nuestras instituciones y se hallan profundamente interconectados a través de formas organizativas, procesos de gestión y de financiamiento, que han posibilitado crear los actuales modelos de prestación de servicios. Es un hecho conocido que el sector salud se halla en crisis y que debe ser modificado, pero en ningún momento

debe ser desmantelado como ocurriría con la disminución absoluta y relativa de los recursos. La problemática de eficiencia no puede únicamente ser pensada desde las variables cuantitativas, sino también desde los aspectos cualitativos y globales que imposibilitan la adecuada producción de servicios de salud. En otras palabras, la aproximación a la problemática particular “recurso” debe responder a una mirada globalizante interna al sector salud y a una mirada general que tome en consideración la productividad y la identidad. El recorte drástico de recursos que responde a la productividad rompe con el engrace interno propio de las instituciones de servicio y con la identidad general política, cultural y ética e imposibilita la reforma.

- **Racionalización del personal del sector estatal**

Si se propone una aproximación totalizante sobre los recursos en general, es aún más importante constituir una noción de *racionalización* alrededor de los recursos humanos. Por lo general, las propuestas “racionalizadoras” referidas a los recursos humanos surgen desde las necesidades unilaterales del mercado y la productividad. La racionalización determinada por variables mercantiles están dirigidas a incrementar ganancia (o producir ahorro), dinamizar el servicio y buscar una mayor satisfacción del cliente. Al respecto, el despido del personal como parte de una medida de *racionalización*, sin lugar a dudas, produce el ahorro en el gasto en capital variable, pero no asegura la dinamización de sus servicios ni la mayor satisfacción de los pacientes. Sin una modificación en el modelo organizativo, procesos de gestión y financiamiento y modelo de atención, es difícil que esta unilateral racionalización cumpla un papel racionalizador. Los recursos que venden sus renuncias o son despedidos salen con su experiencia y conocimiento y, en esa medida, se pierden también estos otros importantes recursos para el desarrollo de las acciones necesarias. Además del sueldo o salario económico, los recursos humanos

reciben otros “salarios” representados por la estabilidad, el compromiso de la institución, la posibilidad de participación en la decisión, etc., que constituyen importantes aspectos que conforman la identidad institucional y de sus recursos humanos. Al ser unilateralmente transformado el recurso humano en un elemento de ahorro, se quiebran los derechos y solidaridades propias de nuestras instituciones, con lo cual se produce una limitada visión de futuro por parte del personal remanente, visión que es indispensable para la propia productividad institucional, para la realización de los recursos humanos y para la satisfacción de los pacientes.

A partir de lo anterior, la *racionalización* de los recursos humanos en el sector salud debe tomar en consideración la productividad (ahorro) como variable perteneciente a la economía de mercado, identidad y derechos del recurso humano, necesidades institucionales y satisfacción de los clientes. Un proceso de *racionalización* que hable solo del ahorro económico atenta contra la identidad de la institución y contra los derechos e identidad de los recursos humanos y usuarios de los servicios. Por otro lado, una racionalización únicamente basada en las supuestas “leyes del mercado” desconocen otras determinantes del nuevo contrato social que propone el Consejo Nacional de Salud.

- **Regímenes laborales**

Los procesos de reforma sectoriales han introducido la noción de “flexibilidad laboral” como uno de los ejes del cambio en el campo de los recursos humanos.

La noción “flexibilidad” es casi indiscutible en los momentos actuales. La flexibilidad, sin lugar a dudas, es una noción sumamente coherente: tiene una coherencia externa (con el mercado) e interna (con el encuadre tecno-organizativo): en esa medida, el recurso humano podría permanecer en su cargo siempre y cuando sea útil para cumplir los requeri-

mientos del mercado y de la organización técnica del trabajo. El trabajo, entonces, aparece totalmente determinado por el mercado, y como el trabajo es desarrollado por el recurso humano, éste también estaría totalmente determinado por el mercado. Más allá del mercado parece encontrarse el vacío.

Esta concepción nos lleva a naturalizar el mercado y a concebir que la sociedad se mueve bajo estas supuestas leyes naturales. Más allá del mercado y del dinero (forma de contractualidad interindividual) no se encuentra el vacío, sino la sociedad y el Estado (contractualidad central). El recurso humano no alcanza su derecho a la ciudadanía por su pertenencia al mercado, sino por su pertenencia al Estado y como integrante de la sociedad. La flexibilización únicamente supeditada a los requerimientos del mercado y de la organización técnica del trabajo atenta contra el ser social de la nación-Estado y propone trabajar con recursos humanos no ciudadanos. La flexibilización debe, entonces, visitar el campo de la productividad y de la identidad.

La asimilación de la identidad a la lógica productivista: relaciones técnicas del trabajo determinadas por el mercado conduce a la extinción de una identidad más amplia representada por el Estado-sociedad y al desaparecimiento de la individualidad en tanto libertad, creatividad y responsabilidad. La productividad habla por sí sola y organiza a demandantes y ofertantes en una relación de servicio que se realiza en el fin ganancia. El Estado aparece tan solo como un dinamizador del mercado y el recurso humano como un objeto determinado por la naturaleza productivo-mercantil.

La asimilación de la identidad a la sola contractualidad central, representada por el Estado, conduce a la abstracción de la estructura productiva y mercantil y a la abstracción de los sujetos individuales.

La asimilación de la identidad a las necesidades del trabajador lleva a la secundarización del Estado-sociedad y al desmedro productivo (corporativismo).

El Consejo Nacional de Salud propone un criterio de flexibilidad que se constituya en el guardián del contrato social entre los objetivos de la reforma comandada por el Consejo Nacional de Salud, los derechos y deberes de los trabajadores y la eficiencia y eficacia de los servicios. El contrato podría tener vigencia en la medida en que se desarrollen los tres contratantes y cuando aquello no ocurre el contrato debe ser lo suficientemente flexible como para que termine, porque de otra manera cualquier poder unilateral impediría la realización de los fines de las otras partes: la antinomia o libertad habría desaparecido ante la dominación del dinero, la opresión o el corporativismo.

- **Profesionalización como base de acreditación**

La profesionalización científico-técnica constituye una base de acreditación que evalúa el nivel de conocimiento y experiencia alcanzados por parte del personal de salud. Por otro lado, la evaluación del personal basada en su competitividad profesional en el mercado asegura uno de los importantes componentes del desempeño del individuo. Pero estos aspectos entran en conflicto cuando tomamos en consideración los aspectos ligados con la identidad del recurso humano. En efecto, los aspectos ligados con la promoción, la participación, el liderazgo en salud en nuestro país, no responden íntegramente a variables científico-técnicas auspiciadas por el conocimiento médico occidental y sustentadas por la profesionalización tradicional. A nivel de las comunidades, el liderazgo en salud se desarrolla, más bien, a partir de tradiciones y niveles de respeto que la comunidad reconoce en sus líderes. Lo anterior transparenta, en alguna medida, un posible conflicto existente entre los valores ligados con la validez técnico-mercantil individual

versus los valores sociales reconocidos consuetudinariamente, lo que obliga a pensar en la necesidad de que cuando se evalúe la profesionalización se integre aquella capacidad de ser intérprete de las necesidades de la población.

La profesionalización que considera únicamente los componentes técnico-científico-mercantiles es un indicador adecuado de acreditación de los servicios modernos y occidentales de atención de la enfermedad. Identidad y productividad se encuentran, se apoyan y se validan a través de la ciencia y la técnica, pero es insuficiente para los servicios de salud, para las acciones promocionales, para el trabajo comunitario en Ecuador, ya que estas acciones no responden solamente a la racionalidad científico-técnica, sino a una racionalidad comunicativa.

- **Evaluación del desempeño y capacitación**

Por lo general, a través de la evaluación del desempeño se establece la capacidad productiva por parte de los recursos humanos, mientras que la capacitación incrementa y corrige el acumulado de conocimientos necesarios para el ejercicio científico-técnico.

Los últimos avances sobre evaluación del desempeño y de la capacitación introducen, a más de los componentes científico-técnicos, los aspectos relacionados con la propia identidad del recurso humano y las necesidades de la población, que son medidas en tanto proceso de trabajo que visualiza producción intersubjetiva de nuevos conocimientos y la resolución colectiva de problemas. La evaluación del desempeño diagnostica problemas que pueden ser abordados a través de la racionalidad científica o mediante la racionalidad comunicativa; en esta forma, el recurso humano es actor que crea su propio avance en cuanto sujeto constructor de los servicios y de su propia personalidad.



Artículo 9

Cambios contextuales y su impacto sobre los recursos humanos en salud*

Introducción

Es difícil reflexionar sobre el *recurso humano o talento humano en salud*, sin comprender mínimamente el contexto general en el que actualmente nos movemos. Estos aspectos generales son los que con insistencia han aparecido en los debates de los distintos actores nacionales dedicados al campo de los recursos humanos. En esa medida, los elementos de carácter teórico y metodológico depositados en el presente documento son los que, de alguna manera, han sido levantados por los operadores de recursos humanos y creemos deben ser conocidos por los que tenemos a cargo la gestión de recursos humanos en el campo de la salud.

La globalización

Hablamos sobre la *globalización*, como un término que intenta dar cuenta de los grandes cambios que están ocurriendo en el momento actual. Manuel Castells, en su obra *El fin del milenio*, sostiene que estamos viviendo en un nuevo mundo, el mismo que:

“se originó en la coincidencia histórica, en los últimos años de la década de los sesenta y los mediados del setenta, 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, 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)

Estos tres procesos tienen grandes repercusiones sobre los recursos humanos en salud, lo cual sería muy complejo analizar adecuadamente, pero para fines de la reflexión tan solo tomaremos en cuenta algunos aspectos fundamentales:

- 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; 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*. Esta situación puede resumirse en una característica básica: *flexibilización sin protección*: ruptura del contrato social, precarización, desocupación masiva, rutinización para las grandes masas, conflictividad laboral y complicaciones en la gestión del personal.

Un segundo cambio muy importante para el ámbito de los recursos humanos es el siguiente: *la educación está migrando desde el espacio de la ideología hacia el ámbito de la producción*, donde la aparición de las *fábricas*

* MSP, MODERSA, OPS/OMS, UNL, CLEPS-UNL, MASAPU, Diplomado de Gerencia de Sistemas de Salud, Módulo VII, Recursos Humanos, 1998.
Este artículo tiene coautoría de Mirtha Briceño de la Universidad Nacional de Loja

flexibles (entre las que ya se ubican los servicios de salud) adaptables a los mercados cambiantes, dan nacimiento a nuevos requerimientos que Robert Reich (Reich: 1992) las reconoce como características 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 pone cuesta arriba ante el interés *globalista en formar personal únicamente para producir más*.

- 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 nación para más bien transformarse en un intermediador estratégico (Hirst, P.: 1996) entre el capital globalizado, las instituciones internacionales y multilaterales y los poderes regionales y locales descentralizados.

De la época en que el poder fluía desde las instituciones políticas, vamos pasando 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.

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* (Beck: 1998), 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. Este hecho también tiene una inmensa importancia para los recursos humanos porque el personal de salud ya no tendría como fin fundamental *cuidar la salud de la gente, sino primordialmente la salud del dólar*.

- El *poder de la identidad*. Vivimos en un mundo donde es posible encontrar dos extremos: en el primero, 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 desenfreno 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. Nos referimos 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 nos referimos a movimientos nacionalistas o territoriales 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. Movimientos étnicos que parten de la defensa de su cultura y sus costumbres y más tarde proyectan su acción hacia ámbitos más amplios. 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)

De esta manera, se forjan nuevos tipos de poderes que ya no se halla localizados solo en los viejos receptáculos representados por el Estado y las instituciones tradicionales, *sino que se hallan 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 *el poder se halla en el flujo*, esto es, en las relaciones.

Lo considerado en este último acápite tiene mucho interés para el *campo de los recursos humanos*, porque el personal de salud se ve, por un lado, *compelido a buscar nuevas formas de identidad colectiva* ante el debilitamiento de las anteriores (sindicatos, gremios) y, por otro lado, debe *interpretar las emergentes formas de vida y organización y poder de las identidades con las que trabaja*.

Los cambios en la salud pública

La salud pública, o más bien dicho la *enfermología pública* que había guiado nuestro pensamiento y acción en América Latina durante el siglo XX, se había 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 para explicar el riesgo y el estructural funcionalismo para comprender la realidad social.
3. La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención.

El salubrista, entonces, se constituyó en un agente del Estado y de la ciencia, un *interventor técnico-normativo*, quien 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 y funcionalista*, 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 solucionarán todos los problemas de salud. Por ello 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 y funcionalista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción también ha sido grandemente criticada; y **c)** el Estado, supuesto *magos 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.

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. Diferentes métodos que hacen variadas interpretaciones de las formas de vida de las distintas identidades o movimientos sociales (incluida la científica positivista), de sus criterios de *verdad*, de sus fundamentos éticos y de las maneras como *hilvanan poderes* alrededor de la salud.
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 en una forma más amplia de la que nos permitió el funcionalismo, esto es: comprender la acción individual y social y, al mismo tiempo, entender cómo la estructura o sistema social restringe o potencia dicha acción.

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)** el poder de las nuevas identidades; y **c)** lo ético en la política con miras a generar conocimientos y acciones de defensa de la salud, la vida y la construcción de un Estado democrático (funciones esenciales de la salud pública).

Lo descrito anteriormente tiene una gran importancia para los *recursos humanos de la salud pública*, ya que éstos deben aprender que la potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el for-

talecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de la disciplina radica en la necesidad de que los recursos humanos en salud pública se constituyan en *intérpretes-mediadores* de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

Las demandas de la reforma sectorial

En el *nuevo mundo* del capital, el sector salud se ha visto arrastrado a reformas sectoriales que, a su vez, tienen grandes repercusiones sobre el desarrollo de los recursos humanos. Sería largo analizar todos los posibles impactos de estas reformas sobre nuestro *objeto* de análisis, y más bien es conveniente que topemos aquellos puntos que consideramos tienen una relación más directa con el campo de los recursos humanos.

- *Ausencia del pensamiento sobre los recursos humanos*: las reformas sectoriales se han caracterizado por proponer los cambios, dando especial énfasis a los distintos recursos y muy especialmente al recurso financiero, pero no han tomado en consideración a los recursos humanos. En última instancia, los reformadores han considerado que los sueños de racionalidad podrían ser alcanzados con gente formada para el pasado (o sin gente), o que la *razón del dinero* organizaría mágicamente el nuevo accionar y pensar de los recursos humanos para producir los resultados esperados. Este hecho parece que no se ha producido.
- *Descentralización*: como expresión concreta del debilitamiento del carácter soberano del Estado, por un lado, y como necesidad de dar cuenta de las funciones estatales *modernas*, por otro, se propone la descentralización y desconcentración que también se lleva a cabo en el sector salud. Este hecho tiene un impacto muy fuerte alrededor de los recursos humanos, tanto en los regímenes de contratación, en los aspectos de sindicalización y negociación colectiva como en las necesidades de conocimientos para desarrollar nuevas acciones: los conocimientos técnicos

tienen necesariamente que aunarse con los políticos y los administrativos; las explicaciones científicas universales tienen que aparearse con interpretaciones particulares de la zona.

- *Cambios en la estructura de los ministerios de salud:* los ministerios de salud pasan a *modernizarse* con la consiguiente separación de funciones. Las funciones de regulación, provisión y aseguramiento deben ser tratadas separadamente y requieren personal nuevo que dé cuenta de estos objetivos. Además, el requerimiento de reconquistar la *rectoría y autoridad sanitaria* por parte del Ministerio de Salud Pública, que el *globalismo* consideró podría ser asumida por el mercado, ha pasado a tener muchísima importancia por parte de la nueva generación de reformadores. En el campo de recursos humanos se requeriría dar respuestas a la necesidad de cambiar a los *corredores de bolsa*, necesarios para la *primera generación de reformas, por políticos con una profunda ética social en salud*, necesarios para esta segunda generación de reformas.
- *Cambios en el financiamiento:* nuevas modalidades de pago, privatizaciones, apertura de mercados con las consecuentes nuevas modalidades de contratación y pago del per-

sonal, cambios de composición del empleo en función a la productividad y no solo a la excelencia científica, modificaciones en la duración de la jornada.

- *Nuevas modalidades de gestión:* externalización, compra de servicios, contratos de gestión, mayor autonomía, autogestión con la consecuente profundización de la flexibilización y el requerimiento de un tipo de trabajo distinto por parte del personal.
- *Cambios en los modelos de atención:* más volcados hacia la visualización de la salud, la atención general (médico generalista, médico familiar, etc.) y el ahorro. Estas necesidades presionan significativamente sobre las entidades de formación y capacitación de personal de salud, con miras a lograr respuestas más adecuadas a los requerimientos.

Las grandes transformaciones sobre los recursos humanos en salud como consecuencias de la globalización, las modificaciones de la salud pública y las reformas sectoriales conforman lo que Pedro Brito (Brito: 2000; 15) denomina *problemas calientes* que pueden ser distribuidos en cuatro áreas que son, a su vez, objetos de reflexión y acción por parte del Observatorio de Recursos Humanos.

Áreas y problemas en el campo de recursos humanos en salud

Áreas	Problemas
1. Calidad del empleo y régimen laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y distribución inadecuadas • Flujos intrasectoriales no regulados • Tendencia a la flexibilización sin protección • Retraso normativo-legal
2. Productividad del trabajo y calidad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de instrumentos de evaluación de la productividad • Desempeño deficiente y no evaluado • Inexistencia, inadecuación y/o carencia de sostenibilidad de sistemas de incentivos
3. Formación y capacitación de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de educación permanente • Baja calidad de educación en salud • Carencia de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y la eficiencia en la educación • Educación para perfiles profesionales inadecuados • Necesidad de reconversión de personal
4. Gobernabilidad y conflictividad laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos corporativos • Conflictos institucionales • Baja capacidad para la gestión de conflictos • Inexistencia de concertación de políticas • Falta de gestión participativa

El cuadro anterior resume la gran amplitud y complejidad del área de recursos humanos en salud en el momento actual. Al producirse los cambios generales y particulares anteriormente indicados, el campo de recursos humanos pasa a moverse en una zona de *alta turbulencia* y su figura que antes estaba casi específicamente representada por los procesos de formación y capacitación se difumina y es cuestionada por la política, la ética, la gerencia y la economía. El saber en salud que antes constituía la preocupación fundamental de la gente a cargo de los recursos humanos —ya que la administración era ejecutada bajo normas supervisadas por las oficinas de personal— ahora ha perdido su definición; *los recursos humanos en salud han sido lanzados a la calle y deben encontrar poder político, legitimidad social, productividad económica, recono-*

cimiento científico y pertinencia institucional para su supervivencia y desarrollo. El recurso humano en salud ya no es reconocido únicamente por su saber y por su obediencia, sino por su capacidad de moverse, no ahogarse y rendir ganancias en el flujo de poderes, dinero, conocimientos y culturas que brotan de las instituciones hechas pedazos de esta sociedad global.

Los cambios contextuales y los impactos sobre los recursos humanos en salud

- a) Las nuevas identidades o movimientos sociales que pasan a tener una voz más fuerte en el quehacer de salud al conformar los comités locales de salud, los consejos cantonales, etc. demandan de los recursos humanos nuevos perfiles de desempeño y competencias:

- Conocimientos y habilidades para interpretar las culturas locales.
 - Capacidad para interpretar e integrar las diversas formas de concebir la vida y la salud por parte de las comunidades.
 - Énfasis en las competencias de promoción y prevención.
 - Capacidades para intermediar entre las necesidades locales en salud y los recursos y normas existentes en los diferentes niveles de la sociedad y el Estado.
 - Potencialidades de apoyar la relación entre instituciones y entre sectores para el desarrollo de la promoción de salud.
- b)** Los procesos de descentralización y reorganización del Estado en salud requieren recursos humanos con:
- Conocimientos y habilidades para llevar a cabo acciones de abogacía por la salud.
 - Capacidad de análisis e intervención ante las nuevas formas de organización del poder en las redes institucionales de salud.
 - Capacidades de manejo y movilización de recursos.
 - Sólida proyección ética para organizar respuestas dirigidas a la salud de la gente, al fortalecimiento de las estructuras públicas venidas a menos en estos tiempos de *globalismo*.
 - Posibilidades de tejer redes con diversos actores de los sectores público y privado para ejercer la rectoría.
 - Empeño en la construcción de un Estado democrático a partir de lo local y del quehacer en salud como especial expresión de su rectoría política.
- c)** Las nuevas formas de trabajo direccionadas con más fuerza por el mercado y la productividad exigen del personal de salud (Brito: 2001):
- Mayores resoluntividad, productividad y calidad.
 - Cambios en funciones (modelos generalistas) y nuevas competencias, nuevas ocupaciones.
- Cambios en la organización del trabajo y en conformación de equipos.
 - Flexibilidad laboral: nuevas formas de contratos.
 - Énfasis en el desempeño y su evaluación.
 - Introducción de cambios en compensación e incentivos.
 - Énfasis en la regulación de los procesos de recursos humanos.
- Las anteriores demandas sobre el personal de salud presionan para la aparición de grandes cambios en la educación y capacitación del personal. En efecto, se modifican significativamente los paradigmas educacionales, los modelos educativos y de organización del aprendizaje y los modos de gestión educacional (Brito: 2001):
- d)** Sobre los paradigmas educacionales:
- Construcción del conocimiento.
 - Educación de adultos: trabajo, autonomía, utilidad, significatividad.
 - Aprender a aprender, a emprender y a ser.
 - Aprendizajes significativos y contextualizados.
 - Aprendizaje basada en competencias laborales.
 - Énfasis en valores como solidaridad, creatividad, autonomía, ética, cooperación.
- e)** Sobre los modelos educacionales y la organización del aprendizaje:
- Aprendizaje más que enseñanza.
 - Currículos flexibles e integración básica/clínica.
 - Grupos de aprendizaje más pequeños y autónomos.
 - Cursos por encuentros o semipresenciales.
 - Cambio de papel de docentes: educación de docentes, facilitadores, tutores.
 - Estímulo de aprendizaje autónomo.
 - Articulación clínica-epidemiología-salud pública.

f) Sobre las modalidades de gestión de la educación:

- Incremento del mercado educativo y ampliación de competencia. Las entidades de formación tienen que aprender a competir para supervivir.
- Desregulación de la educación y requerimiento de nuevas formas de acreditación. Las instituciones de educación deben acreditar sus competencias para competir en el mercado.
- Recursos masivos provenientes de créditos o fondos especiales que obligan a

las entidades educacionales a aprender sobre lógica de proyectos.

- Debilitamiento de la educación pública y necesidad de encontrar formas de supervivencia en la propia arena productiva.
- Debilitamiento de las oficinas de recursos humanos de los ministerios y desconcierto en la gestión educativa en salud. Necesidad de forjar redes de apoyo entre los educadores que permitan forjar una política educativa en este campo.

g) Sobre la orientación de la capacitación:

De competencias generales	a competencias estratégicas
De competencias individuales	a competencias institucionales
De la recuperación de conocimientos	al desarrollo de capacidades cognitivas
De la asimilación de conocimientos	a su aplicación en la resolución de problemas
De los conocimientos enciclopédicos	al conocimiento necesario
De la capacitación basada en la oferta	a la centrada en la demanda
De la capacitación “programada”	a la capacitación oportuna
Del eje en la enseñanza	al eje en el aprendizaje
De la respuesta inmediata y puntual	al impacto
De los objetivos referidos a contenidos	a objetivos referidos a procesos y desempeño
De eventos discontinuos	a procesos permanentes y continuos
Del exclusivo compromiso de los aprendices	al compromiso de la institución y la gerencia
De la evaluación centrada en resultados	a la evaluación de procesos

La experiencia de educación permanente desarrollada en Loja nos obliga a pensar en la necesidad de siempre proponer la implementación de experiencias similares con la participación de las universidades, los actores de los servicios y los consumidores de las acciones en salud.

h) Sobre la gestión de los recursos humanos: doble programa para su gestión (tomado de Brito P.: 2002):

Programa antiguo	Programa nuevo
<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo. • Insuficiencia en la gestión y evaluación del desempeño. • Gestión ineficaz de los sistemas de compensación e incentivos. • Fragmentación de los procesos laborales. • Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto. • Falta de motivación, ausentismo, poca participación. • Retraso y rigidez normativa. • Debilidad técnica. • Escasa visibilidad y prioridad política. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión pública de los recursos humanos. • Gestión del personal en un sector cuyo empleo ni aumenta ni disminuye. • Gestión descentralizada. • Gestión de la calidad y la productividad. • Tendencia creciente y alarmante a la flexibilidad en la gestión del empleo. • Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para categorías ocupacionales similares. • Tendencia a la inestabilidad en un marco laboral público. • Competencia por recursos financieros y personal. • Necesidad de modernizar y simplificar la administración de personal.

Los cambios económicos, políticos, sociales y culturales, los nuevos requerimientos de las reformas sectoriales y las transformaciones en la gestión de las instituciones, demandan una nueva concepción sobre el recurso humano, un distinto compromiso educativo y una diferente gerencia del mismo. En el ámbito particular, el Ministerio de Salud Pública, como rector de las transformaciones propuestas, tiene necesariamente que introducir profundas modificaciones en la gerencia de su personal y desarrollar caminos coherentes que posibiliten su rectoría en este campo. Al respecto, impulsada por esta cartera de Estado, la Comisión Nacional de Re-

ursos Humanos en Salud (CONARHUS) ha trabajado en la construcción del consenso sobre las políticas en este campo, que hacen parte de las políticas nacionales de salud. El CONARHUS, por otra parte, ha elaborado un primer borrador de una propuesta sobre la carrera sanitaria, que es parte de la Ley del Sistema aprobada por el H. Congreso Nacional y se encuentra desarrollando el Observatorio de Recursos Humanos, a través del cual intenta construir una red para el trabajo concertado de los diversos actores en el ámbito. Todos estos puntos serán abordados posteriormente por parte de los directivos del CONARHUS.

Bibliografía

Beck, Ulrich. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Editorial Paidós; 1998.

Brito, Pedro. "Introducción. El Observatorio de Recursos Humanos en salud". En *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. Quito: Representación de la OPS-Ecuador; 2000.

Brito, Pedro. "La educación del personal de salud en los proyectos de reforma sectorial: implicaciones de política de recursos humanos". Ponencia presentada en la reunión *La educación del personal de salud en los proyectos de reforma sectorial: Implicaciones de política de recursos humanos*. Lima: 16-18 de mayo de 2001.

Brito, Pedro. "Impacto de las Reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral". *Revista Panamericana de la Salud*; 1992, 8(1/2): 43-54.

Castells, Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture, volume III, End of Millenium*. Oxford: Blackwell; 1998.

Hirst, P. and Thompson, G. *Globalization in Question: The International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge: Politiy Press; 1996.

Reich, Robert. *The Work of Nations*. New York: First Vintage Books; 1992.

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. *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: el destino del hombre en la aldea global*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.



Artículo 10

Formación de salubristas: algunas reflexiones*

Los organizadores de este Curso Internacional Itinerante me han encomendado abordar la formación de profesionales en salud, lo cual constituye una tarea compleja, sobre la que existen amplias y variadas contribuciones elaboradas por especialistas calificados. Por razones de mis limitaciones profesionales intentaré centrar mi atención alrededor de la formación de salubristas, ámbito en el cual hemos desarrollado algunas reflexiones y experiencias durante los últimos años.

Es conveniente comprender que comenzamos reduciendo las aspiraciones de los organizadores de este evento, al proponer reflexionar sobre los profesionales en salud pública y no sobre los profesionales de la salud en general. También es necesario que, de entrada, visualicemos algunos instrumentos de la “caja de herramientas” que utilizaremos para construir esta aproximación. Esto es importante porque, como todos conocemos, las realidades o metáforas que construimos, en mucho, dependen de los instrumentos que utilizamos.

Como el lenguaje es una de las herramientas más importantes para construir realidades, vale la pena que lancemos algunas preguntas elementales que centren nuestra reflexión alrededor de la formación de los profesionales en salud pública:

- ¿Cómo es el accionar del salubrista y cómo propondríamos que fuera?
- ¿Cómo es la formación del salubrista y cómo propondríamos que fuera?

Antes de contestar las dos preguntas guía, es conveniente que discutamos sobre una noción y un procedimiento que se han filtrado en párrafos anteriores:

1. *Noción realidades o metáforas:* partimos de la idea de que toda “realidad” es una construcción humana que tiene distintos niveles de validez, cuyo primer nivel o escalón puede identificarse con una “metáfora” o imagen sobre un aspecto o hecho desconocido, forjada a través del uso de elementos de la experiencia cotidiana (Morgan: 1998; 4). En esa medida, intentamos forjar una metáfora o imagen sobre la formación más adecuada del salubrista, haciendo uso de nuestros recuerdos, experiencias y aspiraciones.

El párrafo anterior podría recibir severas críticas desde la academia al recordarnos que el compromiso nuestro radica en un empeño serio y objetivo y no en un juego metafórico o imaginario. Podrían, además, reclamarnos que, a su vez, la objetividad obliga a dejar de lado toda subjetividad relacionada con recuerdos, experiencias y aspiraciones no científicas.

* El presente trabajo se fundamenta en las acciones y reflexiones desarrolladas en la Representación de la Organización Panamericana de la Salud del Ecuador, en los programas de formación de cuarto nivel en salud pública del Ecuador y de algunos países de América Latina donde se ha trabajado y en el programa de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Las discusiones sobre el tema llevadas a cabo con Julio Suárez, Gloria Maira, Miguel Malo, Max González, Mario Fierro, Ketty Vivanco, Amable Bermeo, Eduardo Puente, José Mallorga, Rocío Segovia, Mónica Padilla, Sebastián Granda, Humberto Castillo, Eduardo Vidal, María Vale, José Mendoza y, en general, con los profesores y los estudiantes de las distintas experiencias docentes, son las que se intentan depositar en este documento. Documento presentado en el Curso Internacional Itinerante La Salud Colectiva a las Puertas del siglo XXI, Medellín, febrero 13-18 de 2000.

Al respecto, podríamos decir junto con el Dr. Humberto Maturana que existen solamente explicaciones científicas y aseveraciones científicas y que “no existen las llamadas observaciones científicas, hipótesis científicas o predicciones científicas” (Maturana: 1997; 101), razón por la cual, para generar explicaciones científicas y aseveraciones científicas, el instrumento de la imaginación, al igual que todas nuestras características creativas humanas, es fundamental para conocer y obrar sobre la realidad siempre construida.

Hacemos especial énfasis en la creatividad y la imaginación por dos razones:

- a) En el transcurso de los últimos trescientos años, la ciencia paulatinamente se transformó en un mito, es decir, en el camino para llegar a un fin y también en el propio fin u objetivo; en otros términos, la ciencia se constituyó en el medio y en el fin. En este momento, muy pocos científicos aceptan esta propuesta y más bien reconocen que la ciencia es nada más que un potente medio para que los hombres y mujeres continúen estableciendo los fines (Prigogine y Stengers: 1992) porque nada ni nadie puede sustituirlos. Ante esta manifestación es fundamental que comprendamos que no tenemos otro camino que continuar “inventándonos a nosotros mismos” (Echeverría: 1995: 19-46) y construyendo realidades que pueden ser más lindas e interesantes que aquellas en las que nos desenvolvemos.
- b) Vivimos un momento de grandes cambios en todos los ámbitos de la vida social, económica, política y cultural. Estos cambios son violentos y complejos y nos obligan a recrearnos o “inventarnos” como personas, colectivos o países con el fin de dar cuenta de nuestra posibilidad de supervivencia individual y social y de establecer nuevas relaciones

con la realidad en la que vivimos. En este momento, en que lo más estable es el cambio, es fundamental utilizar nuestra imaginación para crear metáforas posibles que abriguen nuestros recuerdos, los mismos que nos permiten seguir siendo idénticos a nosotros mismos, pero al mismo tiempo estas metáforas deberían ayudar a vivir el presente e iluminar los espacios potenciales que debemos necesariamente abrir en el futuro.

Los párrafos anteriores intentarían justificar nuestro empeño en trabajar con la noción “metáfora”.

2. *Procedimiento: partir desde la acción:* es fundamental comprender el tipo de formación que requieren los salubristas en el momento actual. Para cumplir con ese requerimiento existen dos formas típicas de aproximación. La primera se relaciona con la propuesta epistemológica de Descartes “Pienso, luego existo” que nos acompaña desde hace varios siglos y que propone que nosotros como sujetos observadores podríamos lograr una clara representación del objeto “formación de salubristas” a través de nuestro pensamiento. A pesar de que esta propuesta epistemológica nos ha abierto inmensos caminos para apropiarnos del conocimiento científico en los ámbitos físico, biológico y social, sin embargo, recibe en los momentos actuales algunas críticas desde nuevas proyecciones epistemológicas y ontológicas relacionadas con la biología teórica y con las ciencias sociales, las mismas que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- El ser vivo es un sistema autopoyético abierto desde el punto de vista material y energético y, por lo tanto, se encuentra en constante intercambio con el medio, pero desde el punto 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 u oír:

“El que los seres vivos sean sistemas determinados estructuralmente tiene las siguientes consecuencias: a) que su estructura determina lo que ocurre en ellos en cada instante; b) 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; 31)

- 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 colige 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 percibir

la realidad o medio y sobre la incapacidad para distinguir entre percepción e ilusión.

- 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 lo tanto, vivir es conocer y conocer es vivir. La última frase nos pone en conflicto con la afirmación “pienso, luego existo”, que nos conduce a concebir que el conocimiento se halla fundado por completo en el pensamiento o en la razón; al contrario, el conocimiento se hallaría más bien fundado en el vivir.

- Pero así como el ser vivo establece interacciones con el medio, también puede llegar a establecer interacciones con otros seres vivos y lograr un acoplamiento estructural. Cuando las interacciones son recurrentes generan fenómenos que los conocemos como sociales. Además, cuando se establecen coordinaciones conductuales entre seres vivos es porque existe comunicación y cuando los seres vivos pueden usar aquellas coordinaciones conductuales para coordinar otras acciones es porque ha aparecido el lenguaje, que es lo que ocurre con el ser humano. Por ejemplo, cuando nosotros hacemos con nuestra mano un círculo que comenzando su desplazamiento desde nuestro cuerpo vuelve hacia nosotros, es porque nos hacemos cargo de una

coordinación conductual que significa retornar. Cuando utilizamos esta última coordinación conductual para hacer una seña a un taxista que pasa en dirección contraria a la que queremos viajar, significa que la primera coordinación la usamos para realizar otra coordinación y, en esta forma, le hacemos entender al taxista que estamos interesados en que retorne a recogerlos.

El taxista *conoce*, entonces, lo que yo deseo de él a través de su capacidad biológica de mirar y, además, a través del lenguaje que compartimos, el mismo que no es un producto de la vida individual, sino de acuerdos o pactos sociales que posibilitan el nacimiento de dicho lenguaje que consolida y expresa lo social humano o acoplamiento consensual.

- Todo lo anterior nos ayuda a comprender que el conocer radica en el ser vivo en cuanto individuo y en cuanto ser social: vivir es conocer, habíamos dicho, pero también el *lenguajear*, que es una forma de vivir social, también es conocer. Ahora bien, el vivir, tanto individual como social, se da en el aquí y ahora en cuanto constante y repetitivo *accionar*, razón por la cual Humberto Maturana afirma que “accionar es conocer y conocer es accionar”.
- Los párrafos anteriores nos dan un importante sustento para nuestra propuesta de comenzar preguntando por las formas de accionar y vivir del salubrista, por las formas como propondríamos que sea ese accionar para, desde ellas, comprender las potencialidades de organizar su formación y dinamizar las posibilidades de su formación.

Los dos puntos de reflexión que hemos levantado nos permiten avanzar con un primer producto: el análisis de la práctica o accionar del salubrista

constituye el “ingrediente” fundamental para construir una metáfora o imagen sobre su formación, con lo cual no queremos invalidar propuestas educativas que vienen desde centros de investigación y formación de gran calibre, ya que deben ser muy útiles para esos contextos, sino que intentamos sostener que la formación de nuestros salubristas debe tener una filosofía propia y que nadie ni nada pueden sustituirla.

¿Cómo es el accionar del salubrista?

La salud pública es una práctica social/multi-disciplina/acción estatal que se constituye oficialmente como profesión a inicios del presente siglo. Comprender algunas características de su nacimiento es de fundamental importancia para nuestro empeño de entender el accionar del salubrista.

En un trabajo anterior (Granda: 1999; p. 83-84) se sustenta que la salud pública que guió nuestro pensamiento y acción en América Latina durante el siglo XX y a la que denominó como “enfermología pública” se sustentó en 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; y
- c) La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para calcular el riesgo y asegurar la prevención.

Es necesario reconocer que los distintos movimientos que dieron forma a la salud pública desde la segunda mitad del siglo XVIII tuvieron distintas proyecciones y le proporcionaron, por momentos, diversas vestimentas. Estos movimientos pudieron haber marcado con mayor fuerza un derrotero distinto de desarrollo de la salud pública, como pudo haber ocurrido con

el movimiento europeo de la medicina social que tuvo vigencia entre 1830 y 1880, el mismo que reconocía que la participación política es la principal fuerza para la transformación de la situación de salud de la población. La medicina social soñaba, entonces, que las revoluciones populares transformarían la salud de los públicos a través de la expansión de la democracia, la fraternidad y la igualdad. Similares aspiraciones fueron nuevamente reinstaladas en las décadas de los setenta y ochenta 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 la medicina social ha logrado —hasta el momento actual— aportar significativamente a la recomposición de las prácticas sustentadas por la salud pública y su trípode, a pesar de su crítica radical, los conocimientos aportados y sus propuestas innovativas.

Tampoco produjeron grandes reformulaciones las distintas propuestas reconocidas por Arouca como “preventivistas” (Arouca, A.: 1975), sino que más bien fortalecieron ese paradigma o metáfora. 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 trípode tiene múltiples explicaciones, pero podríamos decir que, posiblemente, éstos se deben a la coherencia entre los sustentos ideológicos, sus concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad. En esta parte intentaremos comprender este asunto.

La “enfermología pública”, al construirse como tal, camina por similares senderos a los que deambuló la clínica en la constitución de su positividad. Recordemos lo que nos enseña Foucault:

“Es que 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”. (Foucault: 1966; p. 276)

En efecto, el “éxito” de la medicina clínica ha dependido de su engarce con la enfermedad y la muerte, forma en la cual una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con los 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 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 sumatoria 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.

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 mirar el *riesgo* de que las causas transformen al individuo sano en enfermo.

La salud pública pasa, entonces, 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.¹ 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* 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.

La salud pública, al constituirse como la disciplina que *previene los riesgos de enfermar*, ratifica su modernidad y se embarca junto con el industrialismo y sus prácticas de aseguramiento a construir, a través del cálculo del riesgo, supuestos mundos nuevos, seguros y libres de enfermedad. La salud pública se une a la cruzada tendiente a regular y normar el futuro, bajo el dominio de la razón instrumental.

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 doctores 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” (Fee, E.: 1987). 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 Johns Hopkins encontramos que el Departamento de Higiene Patológica se preocupaba por aquellos elementos animados que podrían ser elementos de *riesgo*, mientras que 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: todo lo natural es real y todo lo real es racional, habría afirmado Hegel. Las palabras *enfermedad-muerte*, *verdad científica positiva* y *norma* han guiado 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

1 La noción riesgo no tuvo una clara vigencia hasta la segunda mitad del siglo XX. Anteriormente, es más bien el concepto azar el que es acogido por la epidemiología, que tiene una connotación similar al que denota la noción riesgo.

su preocupación alrededor de la enfermedad y la muerte. 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 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 de 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.

Recordemos que con esta idea en mente —como habíamos indicado en otro trabajo (Granda: 1997; p. 48-50)—, se pudo solucionar el conflicto entre la racionalización y la subjetivación existente en el mundo dualista cristiano y carte-

siano 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 personales. 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” (Touraine: 1998; p. 448). 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” (Touraine: 1993; p. 110). 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 salud pública organiza, de esta manera, su base de sustentos sobre el trípode ya explicado anteriormente: Estado, ciencia positiva y enfermedad-muerte, con lo cual puede mantener su hegemonía durante el siglo XX y conservar las características fundamentales de su paradigma sin grandes cambios a pesar de los múltiples intentos de cambio y subversión del orden dictaminado.

El salubrista, entonces, se constituye en un agente del Estado, 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.

A través de su *accionar* el salubrista requiere:

- a) 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 específicas para cada situación.
- b) Apoyar la elaboración y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado referidas a la enfermedad pública y a las respuestas sociales organizadas sobre dicha enfermedad social.
- c) Organizar, desarrollar y cuidar de los servicios encargados de prevenir las enfermedades y apoyar la administración de aquellas instituciones destinadas a tratarlas.
- d) Educar a la población para que adquiera los conocimientos científicos que permiten calcular sus riesgos y prevenir las enfermedades y, al mismo tiempo, sustituir sus saberes y prácticas tradicionales y, por lo tanto, “irracionales” y riesgosos.
- e) 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. El salubrista debe observar a la población, pero a través de los cristales de la norma estatal y de la *razón instrumental*; debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no solo debe ser inter-

venida con la ciencia y la técnica, sino que tiene además que *aprender a olvidar su cultura particular* siempre riesgosa.

El accionar del salubrista se fundamenta, de esta manera, sobre la metáfora de la “enfermología pública” que, a su vez, se sustenta en el mito de que la ciencia, la técnica y el Estado solucionarán todos los problemas de salud. Es por esto que esta metáfora es tan consistente durante el siglo anterior y no sufre grandes cambios a pesar de improntas que había dejado el movimiento de la medicina social europea, ni tampoco se remece ante las propuestas de la medicina comunitaria o ante la crítica de la medicina social latinoamericana. Considero que para que la enfermología pública pierda piso es necesario que ocurran resquebrajaduras de las “capas tectónicas” de las prácticas sociales, el Estado-nación, la ciencia positiva y los paradigmas modernos sobre el sujeto, lo cual posiblemente está ocurriendo en este inicio de siglo, aspecto que trataremos más tarde.

¿Cómo es la formación del salubrista “interventor técnico-normativo”?

Consistente con su accionar, la formación del salubrista intenta dar cuenta, en el plano particular, al requerimiento propio de la disciplina, pero en el ámbito general quiere responder a las necesidades sistémicas dominantes.

El sistema educativo, sobre el que se sustentó la formación de salubristas, tuvo su origen en las postrimerías del siglo XIX y respondió “simultáneamente a los requerimientos políticos del proceso de construcción de la democracia y de los estados nacionales y a los requerimientos económicos de construcción del mercado” (Tedesco: 1995; p. 29). Ahora bien, la nación y la democracia son construcciones (inventos) sociales que deben ser enseñadas y aprendidas. “La fertilidad socializadora del proyecto educativo comprometido con la formación del ciudadano radicaba en que era portador de un *sentido*, entendido en la triple dimensión del significado de este término:

fundamento, unidad y finalidad. El *fundamento* de la propuesta estaba dado por el principio de la Nación, la democracia y el mercado como ejes articuladores sobre los cuales se apoyaba el proyecto colectivo; la unidad se basaba en el nivel significativamente alto de articulación de las ‘imágenes del mundo’ que brindaba esta propuesta ideológica donde cada uno tenía su lugar en la estructura social; la *finalidad*, por último, estaba basada en la proyección de la posibilidad de un futuro siempre mejor, de una ampliación progresiva de los espacios de participación, de libertad y de justicia. (Laïdi, Z.: 1994)

La formación general del salubrista reconoce el fundamento, la unidad y la finalidad requerida por la educación moderna y logra como dice Touraine absorber al sujeto en la razón, la libertad en la necesidad histórica, la sociedad en Estado. Aquello es más fácil entender si revisamos como la “enfermología pública”, en el plano particular, desarrolló la formación de una especie de “interventor técnico-administrativo” a través de sus dos disciplinas eje, la epidemiología y la administración de salud.

La epidemiología

En relación a la epidemiología, ésta no cumplió un proceso de nueva teorización para la comprensión del ser humano como ser social, sino que únicamente interpretó la población como el sumatorio de cuerpos singulares dejando de lado, en un primer momento,² los determinantes sociales, naturalizando de esta forma todas las relaciones. De esta manera, se embarcó en el carro de la ciencia natural dominante que disponía ya de métodos y técnicas para el estudio y transformación de los cuerpos físicos y biológicos. (Granda, E.: 1993)

Con un ser humano transformado en objeto de conocimiento e intervención y expropiado de su vida de sentido, la epidemiología demostró que

podía calcular el riesgo y en esta forma prevenir la enfermedad, importante enemigo del proceso productivo. Por esta razón, la epidemiología participó en las empresas neocoloniales que a comienzos del siglo emprendieron la ampliación del territorio productivo en América Latina, pero también participó en la consolidación de los procesos políticos estatales (García, J. C.: 1994), con lo cual ratificó aquel compromiso de avanzar hacia la comprensión e intervención sobre la enfermedad, pero al mismo tiempo apoyar la constitución de los fundamentos y finalidades del sistema.

Por las razones anotadas, el “aprendizaje” de la epidemiología había quedado confiscado en un espacio metodológico y técnico de carácter marcadamente positivista. Al transformarse las poblaciones en objetos, su vida tiene poca importancia y al ocurrir esto, es posible que puedan ser objeto de la lógica clásica que se caracteriza por la noción “conjunto”, concebido como la reunión de elementos en relación. Estas relaciones son relaciones de “partes extra partes”, es decir relaciones de pura exterioridad donde la relación entre los elementos integran un conjunto por decisión arbitraria o libre del sujeto investigador, y no por la actividad misma del elemento (Co.ris.co: 1994). De esta manera el mundo de sentido de la población en cuanto sujeto no es tomada en cuenta, ni tampoco su capacidad de autopoyesis; esto es comprensible porque la lógica clásica solo legitima las construcciones operacionales analíticas y sistemas causales no recíprocos. Con estas críticas no queremos decir que la epidemiología haya simplificado su método, al contrario, éste se ha complejizado inmensamente pero ha dejado de lado la característica humana del ser humano. En otras palabras, las metáforas del “poder de la ciencia” y del “poder del Estado” han oscurecido al “poder de la vida”; la acción necesaria ha creado formas de ver, escuchar, *lenguajear* que a su vez oscurecen otras acciones, miradas y lenguajes.

2 En la década de los setenta, la epidemiología crítica aborda los determinantes sociales.

Algunas versiones del movimiento de medicina social latinoamericano y muy especialmente la versión ecuatoriana levantaron una crítica importante alrededor de la epidemiología etiológico-naturalista y propuso comprender los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad colectiva. Al operacionalizar esta propuesta, trajo importantes componentes del conocimiento y métodos de las ciencias sociales y económicas, encontrando regularidades en la producción de la enfermedad.

La propuesta epidemiológica que se autodenomina “crítica” interpreta el tiempo en tanto historia, el lugar como espacio socialmente determinado y la persona adquiere un estatuto de 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. Esta ampliación del horizonte causal obliga a la academia a procurar el apoyo de otras disciplinas tales como las ciencias sociales y económicas.

Si bien la epidemiología crítica ecuatoriana logra ampliar el horizonte de visión, en cambio no cambia la forma de mirar al sujeto observador ni a la realidad. Para ella, el pasado es igual al futuro; en esa medida, el pleno conocimiento del pasado 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 y no por una construcción del observador. Este hecho trae algunos problemas: a) limitaciones en comprender el “juego” de múltiples actores y fuerzas que obran en el presente, los mismos que pueden cambiar las determinaciones o causas que vienen desde el pasado y condicionan futuros diferentes; b) interpreta el mundo como 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; c) ubicada en un presente inexistente, constantemente aconseja revolucionar la estructura como única posibilidad de llegar a un estado de salud

ideal, el mismo que sería conseguido a través de la acción política guiada por los que poseen la “verdad”. De esta manera, el individuo común y corriente se pierde entre la población homogenizada y tampoco juega un papel importante en la consecución de su salud. Este último punto no solo atañe a la epidemiología crítica ecuatoriana sino que es característica de las “ciencias humanas” positivistas, lo cual conduce a la docencia a limitar su interés por relacionarse con las ciencias de la cultura.

La administración de salud

La salud pública no solamente 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, como habíamos dicho en párrafos anteriores, las formas de intervención propias del Estado y de esta manera participa en su afán normatizador cuando aquél 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 normatización, 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. (Granda, E.: 1997)

La salud pública se transforma así 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 control de la producción en el estatismo o 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, el sujeto individual y grupal, 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 movilizadada a través de las cosas y manejada por salubristas que depositan acciones normatizadas sobre una población objetualizada que supuestamente ganará su salud en cuanto merma de 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 comprender 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.

Al igual que indicamos para la epidemiología, no quiere decir que la administración se simplifica, sino que más bien su accionar se complejiza, pero también es incapaz de interpretar las características humanas del ser humano, de sus acciones y de sus productos. Al desconocer las características humanas, la administración en salud no puede ver más allá de la enfermedad, no puede comprender que la característica fundamental de lo social se halla en el accionar humano, siempre diverso, temporal y complejo, y no puede encontrar la inmensa importancia de la creatividad humana en la construcción o invento de la realidad y en su manejo.

Lo anterior tiene una profunda repercusión sobre la formación de los salubristas ya que los aspectos relacionados con el individuo, la cultura, las eticidades, las veracidades, las acciones sociales, los poderes propios de la población no son tomados en consideración, con lo cual se pierde de vista un importante instrumento para el cambio. Los métodos y técnicas de administración "hard" son los que imperan; el poder se conceptúa como concentrado y depositado

únicamente a nivel del Estado, debido a lo cual las metáforas organizativas de los servicios de atención a la enfermedad son de carácter "maquinístico". El salubrista es formado como un administrador que tiene que intervenir sobre la población con los instrumentos de la ciencia y la tecnología para alcanzar la constitución o reconstitución de la norma. El salubrista es formado como un interventor técnico-normativo.

A partir de la década de los setenta, como habíamos dicho, el movimiento de la medicina social genera una metáfora que en un trabajo anterior la nominamos como del "buen poder socialista". Para esta metáfora 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.

Para las versiones más "tradicionales" de la metáfora del "buen poder socialista", la problemática fundamental en la salud pública no radica en el eje filosófico-teórico 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 las teorías epidemiológica y de la respuesta social en el campo de la salud, la que no logra 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, quien 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 grandemente produciendo importantes aportes en todos los campos de la salud pública.

Para esta metáfora, el interés radica en 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 la transformación 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, filosofía de la historia y paradigma productivista con su respeto a la razón instrumental medio-fin.

La metáfora del “buen poder socialista” reformula en cierta medida los requerimientos de formación en administración de salud, ya que interpreta que lo fundamental no se halla en lo técnico sino en lo político. Siguen imperando los métodos y técnicas “hard” de administración, pero las imágenes organizativas de los servicios de salud se hallan más relacionadas con la comprensión y análisis del poder; en esa medida los planteamientos sobre políticas sociales y pensamiento estratégico ganan fuerza. El salubrista es formado como un interventor estratégico-técnico.

¿Cómo propondríamos que sea el accionar del salubrista?

Una propuesta sobre el accionar deseado y posible del salubrista es una empresa de naturaleza muy compleja porque aquella debe interpretar y explicar los inmensos cambios que están ocurriendo en el momento actual, debe además recoger nuestra historia y cultura tanto en el ámbito general como en el particular de la salud pública, establecer las características del desarrollo actual del conocimiento y quehacer relacionado con esta práctica social/multidisciplina/acción estatal y adelantarse en el tiempo con miras a dar algunas pinceladas sobre los escenarios que nos esperan.

Todo lo anterior es una tarea muy compleja, razón por la que tan solo intentaré apuntar algunos aspectos que considero pueden ser de mayor importancia para la conformación de una práctica en salud pública que intente superar las limitaciones actuales y proyectarse con más fuerza y posibilidades ahora y mañana.

Para llevar a cabo esta empresa creo que es fundamental describir muy brevemente los marcantes cambios que actualmente están ocurriendo en el mundo, con el fin de analizar las transformaciones que ocurren en el accionar de la gente, en el Estado, en la conformación de nuevas fuerzas políticas y en el conocimiento. Nos interesan estos campos, porque como habíamos expresado anteriormente, al ser la salud pública una práctica social/multidisciplina/acción estatal, ésta tiene mayores posibilidades de cambio, cuando las prácticas sociales, el Estado y los conocimientos se transforman.

El nuevo mundo y la salud pública³

Manuel Castells, en su libro *El fin del milenio*, tercer tomo de la *Era de la información: economía, sociedad y cultura*, afirma lo siguiente:

3 Mucho de lo que se desarrolla en este acápite y en el siguiente se encuentra en *Salud pública e identidad*, ponencia presentada al Congreso Internacional: Salud para todos, desarrollo de políticas en salud pública para el siglo XXI, organizado por la Facultad de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Medellín, diciembre de 1999.

“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 sesenta y los mediados del setenta, 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 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. La lógica embebida en esta economía, esta sociedad y esta cultura definen la acción social y las instituciones a través de un mundo interdependiente”. (Castells: 1998; p. 336)

Como habíamos dicho, este nuevo mundo tiene impactos profundos sobre la teoría y la práctica de la salud pública. El análisis de todas las repercusiones constituye en sí un trabajo inmenso, razón por la que parece ser más conveniente focalizar nuestra atención hacia aquellos aspectos que podrían tener más importancia para nuestro cometido:

- 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 para asegurar 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” (Castells, M. *Ibíd.*, p. 340), 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 está generando desocupación sino que también está produciendo 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”. “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” (Beck: 1997), 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/OMS: 1999). Junto con 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. (Franco S.: 1998)

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. 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 la lógica del 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” (Castells: 1996; p. 3). Michele de Certeau habla en cambio de una marginalidad masiva y propone una metáfora en la cual los miles de inquilinos que arriendan los departamentos de las clases dominantes estarían amoblándolos en forma tal que los hacen totalmente incognoscibles para los últimos. (Certeau, M.: 1993)

En este punto también es importante abordar con un poco más de detenimiento los cambios que están ocurriendo en la educación. Recordemos que la palabra crisis constantemente se ha encontrado relacionada con el término educación y este momento aquel matrimonio también hace presencia, pero como dice Juan Carlos Tedesco, esta crisis es distinta a las anteriores.

“La crisis de la educación ya no se presenta como un fenómeno de insatisfacción en el cumplimiento de demandas relativamente aceptadas, sino como una expresión particular de la crisis del conjunto de las instancias de la estructura social: desde el mercado de trabajo y el sistema administrativo, hasta el sistema político, la familia y el sistema de valores y creencias... no sabemos qué finalidades debe cumplir la educación y hacia dónde debe efectivamente orientar sus acciones”. (Tedesco: 1995; p. 15-16)

En el ámbito de las relaciones de producción, la aparición de las *fábricas flexibles* (entre las que comienzan a ubicarse los servicios de salud) adaptables a los mercados cambiantes, dan naci-

miento a nuevas nociones tales como polivalencia, equipos multipropósito, plantas multiproducto, donde se valora la capacidad del personal para ser creativo, trabajar en equipo, mantener buenas relaciones con sus compañeros y con sus clientes, amplias capacidades de abstracción y decisión. Este nuevo personal, sin lugar a dudas, es fundamental para mantener la innovación y la competitividad de las fábricas flexibles, pero al mismo tiempo estas empresas producen, lo que habíamos hablado: la inseguridad y precarización del trabajo.

Lo anterior también tiene una repercusión muy importante en la educación del personal, ya que los niveles superiores de las empresas y fábricas flexibles requieren un nuevo trabajador, al que Robert Reich denomina *analista simbólico* (Reich: 1992; p. 171-195). Este tipo de trabajador requiere cuatro capacidades básicas: abstracción, pensamiento sistémico, experimentación y capacidad de trabajar en equipo.

La abstracción es un medio fundamental para poder sobrevivir en el caos o turbulencia que nos rodea y para organizar respuestas creativas a través de ecuaciones, analogías, modelos y metáforas. La creatividad y la curiosidad son compañeras inseparables para el invento de nuevas respuestas ante renovadas realidades que diariamente se producen. El pensamiento sistémico es necesario para comprender un mundo donde la interconexión y las relaciones del todo con las partes y entre ellas son esenciales para el desarrollo de la empresa flexible. La experimentación es fundamental en un mundo competitivo, donde la creatividad y la experimentación de aquellos inventos o metáforas son indispensables. Por último, el trabajo en equipo es ineludible en un mundo donde la creatividad puede ser potenciada a través de la alianza de múltiples miradas, reflexiones y haceres.

La fábrica flexible preconiza, entonces, la formación de *individuos completos*, capaces de aprender a aprender y emprender, y responsables por su constante avance cognoscitivo, autónomos,

prestos para adaptarse a cambios permanentes y decididos a enfrentar nuevos desafíos. Estaríamos viviendo 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 y el trabajo industrial, lo cual debe ser muy bien registrado por todos los niveles de educación, ya que este nuevo requerimiento obliga, por otro lado, a buscar un puente de unidad, ahora sí más real, entre la educación y el trabajo. La educación requeriría el trabajo como espacio indispensable de generación de acciones a ser reflexionadas, mientras que el trabajo requeriría urgentemente la presencia permanente de la educación para generar el conocimiento indispensable para la competencia y para la formación del individuo completo. La educación requiere el trabajo para que el trabajador aprenda a aprender, toda vez que se aprende solamente cuando se cambian formas de convivencia; mientras que la fábrica requiere la educación para que el aprendizaje sea reflexionado y sistematizado y el trabajador avance en su necesidad de aprender a emprender.

Lo anterior constituye, sin lugar a dudas, una alternativa socialmente muy legítima, en la medida que reconoce la capacidad y necesidad de todo ser humano de aprender y cambiar su mundo de convivencia, pero aquello tiene que ser juzgado dentro del contexto en el cual se están dando los cambios. La fábrica flexible busca individuos completos para los escalones más altos de conducción y relación, pero también requiere trabajadores rutinarios y servicios personales que deben llevar a cabo tareas repetitivas. Además, la organización de la empresa flexible, conforme hemos indicado anteriormente, margina a enormes masas de individuos dispensables para la red de acumulación de capital. Por otro lado, al unir la educación con el trabajo, cada día, se

nota que la patente se une al analista simbólico que pasa a ser retenido por la empresa a través de salarios estrambóticos ante el peligro de que su “know how” emigre hacia la competencia, lo cual puede llevar a lo que Tedesco reconoce como una posible “situación corporativa medieval”.

- El *Estado* 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 estratégico* (Hirst, P.: 1996)⁴ 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”. 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 sucedido en Kosovo).

Parece que el poder ha desaparecido, pero no es así, ha estallado y se ha afinado 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 a ganar o defender; líderes que supuestamente encarnan aspiraciones populares que logran comprender los códigos culturales a través de los cuales la gente y las instituciones entienden su vida y llevan a cabo decisiones. De la época en que la que el poder se

4 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.

hallaba acumulado en las instituciones políticas, vamos pasando a un mundo donde el poder está en el propio flujo, que puede ser capitalizado por líderes que entienden 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 actores sociales, instituciones y movimientos culturales, es a su vez movilizadado 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? Pues bien, la crisis económica de la década de los ochenta posibilitó el apareamiento de una nueva metáfora del “buen poder del mercado en salud” 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 “salen” del ámbito personal o individual y que pueden producir problemas a otras personas o individuos, como por ejemplo 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 comprobablemente 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 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”. (Laurell: 1997)

Hasta el momento, la metáfora del “buen poder del mercado” ha producido un grave 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.

En resumen, parece que el Estado, en este momento, se responsabilizaría únicamente 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 en 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, ya no puede decir qué acciones de salud pública deben ser o estar presentes, pero sí puede influir ante las macro-fuerzas supranacionales y ante las micro-fuerzas 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 él dejó de ser *el* poder y pasa a ser uno más.

Ante esa realidad considero que 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” (OPS/OMS: 1998) y el papel del Estado en este campo 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, Roseau, 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!

“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?”. (Touraine: 1998)

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 integristas y los problemas de la vida diaria” (Touraine: 1998; p. 297). 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” (Castells, M.: 1997). O lo que nos cuenta Saúl Franco en su libro sobre la violencia en Colombia *El quinto: no matar*:

“Merece destacarse también al momento de señalar la gravedad de la situación violenta una observación que se fue haciendo cada vez más sólida a lo largo del trabajo. Es 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 de la sociedad a ver matar...”. (Franco: 1998; p. 195)

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 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. 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.

Lo anterior intentaría sustentar que parece no haber salida para los problemas que vivimos en una propuesta antimoderna, sino en una modernidad reflexiva en la que aprendamos a vivir la inseguridad de un mundo donde las consecuencias no deseadas producidas por la ciencia nos acompañan en todo momento y no existe la posibilidad de seguridades construidas sobre dogmas viejos o nuevos; donde es fundamental reconocer que la sociedad industrial es una simbiosis contradictoria de modernidad, premodernidad y contramodernidad; donde lo general no deja de presentar contradicciones con lo particular e individual, razón por la que es fundamental forjar una política de la vida en la que los procesos de autorrealización individual y grupal influyan en las políticas globales, y, al mismo tiempo, las cuestiones de la globalización hagan parte del análisis y reflexión en la construcción del yo.

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 cuando ésta no puede o no quiere 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 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 planteó la necesidad de la medicina estatal⁵ (Acheson: 1991) 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.

El retorno del actor con vida

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. Esta salud pública surgiría desde lo local, se originaría del mundo del presente, respetaría lo temporal, intentaría comprender

lo complejo, no desecharía lo diverso, daría un gran valor a lo autopoyético, reconocería varias racionalidades, y entre ellas la científica; tendría un eje ético muy fuerte, con lo cual apoyaría el fortalecimiento de los movimientos sociales (Buss: 1999)⁶ 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, para vivir un mundo más humano y no necesariamente para tomar el poder.

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” (Hevia, P.: 1998). La salud pública también se ha estado innovando en los propios movimientos de mujeres, de derechos humanos, de defensa del ambiente, etc. los 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, sin descuidar la prevención de la enfermedad;
2. Un método que integra diversas metáforas, que hace variadas hermenéuticas incluida la científica, pero con un importante peso de la metáfora del “poder de la vida”; y

5 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.

6 Paulo Buss habla de la movilización de la sociedad y de la construcción de alianzas pro salud y calidad de vida.

3. El poder de la identidad: el poder del individuo, de las “tribus”, de los públicos o movimientos sociales y poderes locales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

Este nuevo trípode posibilita quizás hablar de una metáfora distinta, aquella del “retorno del actor con vida”. Prometeo es encadenado por robar el fuego de los dioses, pero más tarde logra su libertad cuando a través de la ciencia es capaz de producirlo. La razón domina el fuego y domina la naturaleza, pero también pasamos a vivir trescientos años dominados por el mito de la “diosa razón”: ella supuestamente nos ofrecía lograr la total capacidad para calcular los riesgos, prevenir las enfermedades, organizar y conducir nuestras intervenciones para alcanzar la salud. En el pináculo de su éxito y gloria, cuando la razón había construido un inmenso poder racional representado por el emporio científico-tecnológico, nos informa que su intervención puede producir resultados no deseados, que no es tan segura como se pensaba y que existe una cara oculta de la razón instrumental.

Había dicho que la salud pública, al constituirse como la disciplina que previene los riesgos de enfermar, ratifica su modernidad y se embarca a construir, a través del cálculo del riesgo, mundos nuevos, seguros y libres de enfermedad, con la idea de regular y normar el futuro a través de la razón instrumental. Pero el problema de hoy no radica tanto en el riesgo calculable y externo. Ahora vivimos en una sociedad donde el riesgo más grave es creado o manufacturado por nosotros mismos, es construido por nuestro conocimiento y por nuestra tecnología.

Cuando la salud pública se constituyó como tal, los riesgos se identificaban fundamentalmente con la naturaleza: plagas, hambrunas, inundaciones, bacterias, virus, insectos, protozoos, parásitos, etc. los mismos que siempre se encontraban fuera de nuestro accionar, pero que

en cualquier momento podían introducirse en nuestros cuerpos, podían dominarnos, enfermarnos, ahogarnos, matarnos. Ahora la naturaleza continúa siendo riesgosa sobre todo para los países “menos desarrollados”, basta recordar el fenómeno de El Niño, el terremoto de Bahía de Caráquez, las erupciones del Tungurahua y el Guagua Pichincha, con la consiguiente activación de enfermedades, accidentes y muertes. En otras palabras, todavía tenemos miedo a la riesgosa naturaleza, pero en estos momentos existen otros terrores que posiblemente pasan desapercibidos como el desastre en Chernobyl, la crisis de los mercados asiáticos, el debacle económico ecuatoriano, el calentamiento del globo terráqueo, el hueco en la capa de ozono, el incremento de la violencia y el delito. Los segundos son producidos por nosotros, son efectos de nuestra ciencia y tecnología, son los hijos de nuestra “magia”. Aún más, muchos científicos consideran que la mayor parte de los riesgos naturales que actualmente producen inmensos daños, tales como el fenómeno de El Niño o el calentamiento del planeta, posiblemente son riesgos manufacturados por nosotros, lo cual nos lleva a pensar que nuestra sociedad estaría viviendo la “muerte de la naturaleza”, es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es, como dice Giddens: “... muy recientemente, en términos históricos, nosotros comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que hemos hecho con la naturaleza”. (Giddens: 1999)

Los riesgos manufacturados no solamente se relacionan con la naturaleza, también se extienden a las propias instituciones sociales 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, 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. Cuando el tratamiento de las demandas cambiantes no es bien enfrentado, los seres humanos encuentran, de acuerdo a Giddens, la puerta de salida de la adicción, aspecto que deberá ser considerado por la salud pública.

Ulrich Beck habla de la globalización de los efectos secundarios o consecuencias no intencionadas (Beck: p. 11-60), mientras que Hans Jonas, Karl Jaspers, Hannah Arendt y Gunter Anders, demuestran la posibilidad de un suicidio colectivo no esperado y no deseado. “La sociedad es transformada no solo por aquello que es visto, conocido y deseado, sino también por aquello no visto, no conocido y no deseado. Los *efectos secundarios*, no la racionalidad instrumental es el motor de la historia” (Beck: *Ibidem*; 34) dice Beck. Ante esta nueva realidad, por lo general, se encuentra una doble salida: la primera, satanizar la ciencia y la técnica, y buscar su sustitución por procedimientos no científicos. Una segunda salida, y que es la que plantean Beck, Giddens, Touraine, en cierta medida Habermas y muchos otros, es encontrar una salida reflexiva, donde siempre tomemos en consideración que en toda intervención humana existen efectos secundarios. Es por esto que Beck critica la duda cartesiana que conduce necesariamente a la certidumbre y expertocracia; propone más bien incorporar a Montaigne como filósofo de la modernidad reflexiva, en la medida en que éste reconoce la imposibilidad de que podamos dejar de lado la duda. “Dubito ergo sum”, dice Beck y luego continúa, “¡Dudo, por tanto existo! ¡Dudo, por tanto devengo! ¡Dudo, y por tanto te reconozco!...”

Los párrafos anteriores son importantes porque parece que no requerimos más de lo mismo sino que es fundamental que el ser humano vuelva a poner los fines mientras la ciencia siga siendo un medio (Prigogine: 1992). Debemos, por lo tanto, hablar del “retorno del actor”.

Parece que el actor retorna porque vive, y no solo porque piensa, ya que vivir es conocer (Matura-

na: 1993; 1-16). El actor retorna, además, no solamente pensando sino actuando y en esa medida plantea que accionar es conocer y es existir (Heidegger: 1997). El retorno del actor con vida desordena todos los campos del conocer y el hacer que habían sido congelados por las nociones de eternidad, homogeneidad y simpleza. La epistemología no puede seguir siendo la misma y requiere el apoyo de la ontología. Tampoco es posible que mantengamos las mismas formas de hacer anteriores.

El actor con vida reclama constituirse como un yo, como individualidad, y para hacerlo descubre su cuerpo y su personalidad y recuerda su cultura, pero también busca al otro y construye un nosotros. El actor, por otro lado, propone poner los fines en la ciencia y la técnica, entrar en un nuevo diálogo con la naturaleza resentida y encontrar formas de convivencia donde lo diverso siempre posibilite construir unidades.

El actor con vida visualiza, entonces, una modernidad distinta, donde existe el “derecho a la ternura” (Restrepo: 1994), elemento necesario para reconocer al otro y constituir el nosotros en cuanto identidad. Pero también tiene el deber de empujar el avance de la razón y establecer formas organizativas democráticas de la voluntad general.

La salud pública se encuentra en esa encrucijada. Su posibilidad de construir una presencia fuerte parece no radicar en escoger un camino que lo lleve a la “verdad”. Al intentar cambiar en cuanto práctica/disciplina/acción estatal, es fundamental que reconozca que a) las prácticas deben relacionarse con la vida en su complejidad, diversidad y eterna temporalidad; b) su teorías, métodos y técnicas vendrán de diversas disciplinas (epidemiología, gestión y ciencias sociales); y c) 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 el Estado para el cumplimiento de sus deberes.

La formación del “salubrista intérprete e intermediador”

El nuevo trípode que parece corresponder a la salud pública de esta época de profundos cambios requiere también transformaciones en la formación del personal. La formación del salubrista adecuado para la metáfora de la “enfermología pública” se relacionaba más bien con una imagen de salubrista como “interventor técnico-normativo”. La metáfora del “retorno del actor con vida” corresponde más bien de la necesidad de formar un salubrista que se acopla más bien a la metáfora de un “sujeto intérprete-intermediador”. La “enfermología pública” focalizaba su mirada sobre la “salud” del Estado y de la ciencia-técnica. “El retorno del actor con vida” obliga necesariamente a dirigir la mirada directamente sobre los actores individuales y sociales que construyen su salud y enfermedad en su diario vivir. En esa medida, el salubrista tiene que jugar un doble papel: a) *interpretar* las maneras como los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes y desarrollan las acciones relacionadas con la salud y también con la enfermedad; y b) *intermediar* con los ámbitos científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Para dar cuenta de esta nueva metáfora se requieren cambios en la formación de los salubristas, los mismos que posiblemente serán construidos en el transcurso de los próximos años, pero que podríamos mencionarlos: un primer cambio hace referencia al requerimiento de trabajar alrededor de la salud y no solo de la enfermedad, con lo cual hacemos énfasis en la necesidad de impulsar una profunda indagación sobre las bases teóricas y prácticas para llevar adelante este reto; un segundo requerimiento radica en las modificaciones teóricas metodológicas y técnicas para impulsar las acciones de interpretación e intermediación; y un tercer punto hace referencia a los cambios necesarios para apoyar la participación de los individuos, los grupos y las poblaciones en la construcción y desarrollo de la salud pública.

Para abordar el tratamiento de esta compleja metáfora de la formación del “sujeto intérprete-intermediador” partamos desde los “actores con vida” a través de los aportes brindados por las diferentes metáforas del “poder de la vida”, las mismas que han hecho importante presencia en los últimos tiempos. Estos aportes han sido variados y amplios, se relacionan con la biología, pero también vienen desde la filosofía, las ciencias sociales y, en especial, desde la antropología; también desde la ecología, la física, la química, las medicinas no alopáticas y también desde vertientes críticas de la medicina alopática y desde muchos otros ámbitos del saber. La amplitud, profundidad y diversidad de los aportes impiden que aquí podamos lograr una síntesis respetable y ordenada, pero podría servir para inquietar a la gente sobre este asunto y, sobre todo, dejar claro que se trata de entender la formación de intérpretes de la vida y la salud de los actores individuales y sociales.

Esta primera aproximación nos brindará algunas ideas sobre los requerimientos epistémicos, lógicos y metódicos ligados con la interpretación de las formas de vida y salud de los actores, para luego intentar comprender las potencialidades de intermediar la mencionada construcción de la salud en este momento de cambio que ya fue borroneado anteriormente.

Las metáforas del poder de la vida

Recordemos que 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 a las normas y procedimientos

de la administración “científica”. En esa medida, la población, su cultura y las diversidades humanas históricamente constituidas no pueden jugar ningún papel, sino que deben rendirse 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, el que en su labor igualmente “civilizadora” ayudará a superar las acciones y poderes locales necesariamente irracionales; las colectividades, en palabras de Foucault, habrían sido “suprimidas” o transformadas *en objetos*.

Para los filósofos y teóricos que defienden la metáfora del “poder de la vida”, lo anterior es profundamente contradictorio porque:

- No pueden existir *objetos* conscientes con vida; éstos, necesariamente, son *sujetos*;
- Los objetos siempre son alopoyéticos, es decir, no pueden generar sus propias normas y estructuras para su autoproducción, mientras que todos los seres vivos son autopoyéticos, 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 descuido 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”. (Universidad Nacional de Loja: 1997)
- 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.⁷

“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: 1990)

Elementos positivos que aportan las metáforas del “poder de la vida”

Las metáforas del “poder de la vida” aportan con múltiples recomendaciones para la formación del salubrista:

- La metáfora 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, Morín, Almeida Filho, Silva Paim, 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 está llevando a visitar propuestas teóricas y metodológicas distintas 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.

7 Nietzsche, Wiener, Von Glaserfeld, McCulloch, Von Foerster, Maturana, Heidegger, Varela, Echeverría, Foucault, Habermas y muchos otros elaboran propuestas epistemológicas y ontológicas.

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 dicho anteriormente, que se *interprete la vida*, o se ejerza una hermenéutica diferente sobre la misma. 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 sobre la necesidad de 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 “instituyan 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 la 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, recordemos lo que Humberto Maturana opina alrededor del organismo: “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”. (Echeverría: 1997)

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 autonormatividad que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y en su acoplamiento 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 Prigogine (Prigogine: 1992) o la existencia de “multiversos” como realidades construidas por observadores acerca de un universo real existente, como propone Maturana.

La metáfora del “poder de la vida” también nos ha llevado a interpretar el futuro en forma

distinta a la clásicamente estatuida: esta metáfora no acepta la evolución como un hecho establecido por las leyes existentes dentro de un universo cerrado. Si la propia vida tiene una capacidad autonormativa o autopoyética, el universo siempre es abierto y la evolución es más bien el resultado de una deriva natural, conforme lo sustentan Varela y Maturana (Maturana: 1993), 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 total dominio sobre nuestro destino, tal como lo contemplaban los sociólogos clásicos” (Giddens: entrevista). 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 como *emergen* las propias normas de la sociedad, del organismo o del cuerpo, las mismas 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 acción 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 autopoyética 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.

Las metáforas del “poder de la vida” también dan 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 de 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” (Maturana: 1993), con lo cual se reconoce que el “pienso, luego existo” es posterior al “accio, luego existo”, conforme propone Heidegger (Heidegger, M.: 1997), o al “distingo, luego existo” como habla Von Glaserfeld (Von Glaserfeld: 1999).

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 también es racional aún 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 *autopoyéticos*

biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones, con lo cual el carácter “civilizatorio” o mesiánico de la ciencia occidental perdería su poder omnímodo para compartir conocimientos, saberes y prácticas con otras culturas (González, M.: 1999). 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 como ejercicio dialógico fundamental para construir acciones buenas, con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico.⁸

Si la razón instrumental creada por el pensamiento occidental ya no es aceptada como “la verdad” sino como una interpretación de la realidad, la misma que es más factible de 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 Morín (Morin: 1994), el retorno del sujeto entraña comenzar comprendiendo al ser humano en su sí-mismo biológico para interpretarlo, en su auto-eco-organización, lo cual posibilita tratarlo 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 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. Un ser así. (Rojas C.: 1994)

Es interesante reconocer que la metáfora del “poder de la vida” propondría comprender la salud pública desde la *vida misma* y no desde el cálculo del riesgo que ocurre por *fuera y antes* de que la “máquina corporal” enferme. El riesgo se inter-

nalizaría 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 dominarlos, porque lo que con seguridad hemos aprendido en esta época de increíble desarrollo científico es que existen condiciones de la acción humana desconocidas y consecuencias de la acción no deseadas (Giddens, A.: 1986), debido a lo cual parece muy difícil calcular los riesgos manufacturados: Chernobyl, la crisis de los mercados en los países asiáticos, etc. son muestras importantes que ratifican este aserto. La reflexión sobre nuestra acción constituye la manera más visible de enfrentar estos riesgos manufacturados o “dilemas” como los llama el Dr. Lolas (Lolas, F.: 1998; p. 9). Pero también se han generado propuestas radicales que han enfilado sus armas en contra de la ciencia, el pensamiento racional y la tecnología, lo cual no parece ser lo más adecuado porque es el propio análisis científico el que nos ha permitido comprender los riesgos manufacturados. Es mejor comprender que nuestra relación individual y social con la ciencia debe modificarse y siempre estar intermediada por la ética. (Granda, E.: 1997)

La formación del salubrista en cuanto *intérprete* requiere, por lo tanto, la ampliación de sus formas de ver, de nuevas proyecciones filosóficas, lógicas y metódicas necesarias para comprender como la población construye sus metáforas sobre su salud y desarrolla las acciones que considera pertinentes, es decir, como los individuos y la población elaboran:

- Las “verdades” preteóricas sobre la salud y sus relaciones con el entorno social;
- Sus pretensiones de validez, esto es, su verdad proposicional, su rectitud normativa, su veracidad o autenticidad;

8 Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El programa de bioética de la OPS y muy especialmente el Dr. Fernando Lolas han apoyado significativamente el tratamiento de este tema. Quien escribe también ha realizado un módico aporte en el artículo *El sujeto, la ética y la salud*.

- Sus acuerdos racionalmente motivados o intersubjetivamente producidos sobre las acciones necesarias para promover la salud y prevenir la enfermedad;
- Sus acciones y formas de construcción de poder alrededor de la salud y la vida.

Al privilegiar la labor *interpretativa* del salubrista intérprete-intermediador, estamos privilegiando la esencia autopoyética social de la población, y la esencia autopoyética individual del propio salubrista. En otras palabras, estamos planteando que para ser salubrista es fundamental “inventarnos” como tales, y para hacerlo es fundamental interpretar la manera como la población construye sus verdades significativas, sus eticidades, sus veracidades y sus acciones y poder (Giddens, A.: 1993; 165), pero al mismo tiempo el salubrista tiene que comprender que está *construyendo* esa interpretación con sus propias verdades significativas, sus eticidades, su veracidad y su accionar cargado de poderes. La academia, entonces, no solo tiene que preocuparse en apoyar la forja de instrumentos para interpretar y apoyar la autopoyesis poblacional, sino también tiene que potenciar la propia autopoyesis del estudiante en cuanto individuo total. Pero esto no es suficiente, el salubrista no es únicamente un intérprete, sino que también es:

- a) portador de conocimiento y experiencia científica y técnica instrumental;
- b) es un ciudadano que vive en un país, pertenece a una institución y es parte de un Estado;
- c) debe guiar sus pasos fundamentándose en sólidos principios éticos.

En esa medida, la educación en salud pública cumple, por otro lado, su obligación de apoyar el desarrollo del estudiante en cuanto ciudadano y técnico en su afán de una adecuada labor de intermediación con la población en búsqueda del desarrollo de la salud y control de la enfermedad. Si ocurre esto, la educación en salud pública podrá entonces apoyar la autoformación del salubrista intérprete-intermediador como un individuo completo.

Hemos cumplido una primera aproximación al rededor de la necesidad de que la academia cumpla una labor de formación del salubrista como intérprete y hemos hablado de los cambios epistémicos, teóricos y metódicos requeridos. Ahora es fundamental que tratemos sobre la necesidad de forjar al mismo tiempo al intermediador en cuanto ser político y portador de conocimientos y técnica instrumental que busca construir un camino ético. El tratamiento del carácter autopoyético individual del estudiante trataremos más tarde.

La formación que apoya la intermediación político-técnica

Es fundamental partir desde la interpretación del mundo de la vida de los individuos y grupos sociales pero aquello no basta. También es importante *explicar* los procesos estructurales que limitan o facilitan el propio desarrollo de la vida y la salud. Al respecto, la forma como se constituye la economía, el Estado y la política, la cultura y la ciencia-técnica juegan un papel fundamental en la formación del salubrista.

Hemos intentado explicar, en páginas anteriores, cómo se conforma la economía en los actuales momentos, la misma que entrega la supremacía al mercado, también hemos revisado brevemente cómo el Estado va perdiendo su antiguo poder para transformarse en un intermediador estratégico, también hemos hablado de la constitución de una cultura virtual. La ciencia, por otro lado, aporta al cambio con una fuerza inusitada a través de la informática y la biotecnología y otras ramas científicas.

El salubrista podrá cumplir una adecuada labor de intermediación en la medida en que conozca los avances y cambios de aquellos componentes estructurales y en la medida en que disponga de instrumentos metodológicos y técnicos adecuados para cumplir esa labor, pero el solo conocimiento científico y la experticia en el manejo metodológico técnico no es suficiente. Recordemos que la modernidad

de las luces estableció la razón como único postulado de verdad, pero ahora, como hemos dicho anteriormente, la razón instrumental no es aceptada como “la verdad” sino como una verdad entre muchas. Entonces la razón que se transforma en moral propuesta por la modernidad y por historicismo deja de tener el peso que anteriormente tenía para dar paso a la ética como eje de reflexión y acción.

No se trataría en este momento de construir únicamente la verdad sino de rescatar “valores verdaderos” como propone Agnes Heller (libertad, personalidad, igualdad, humanidad, felicidad y vida humana) que constituirían guías o visiones que iluminan el futuro. O verdades intersubjetivas que se construirían 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, las que luego pueden ganar mayor objetividad con el apoyo de la ciencia. O propuestas 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 que 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.

Sobre la base de los puntos anteriores, es importante que reflexionemos sobre aquellos planteamientos relacionados con la “salud pública basada en las evidencias” que cada día ganan más fuerza en el discurso de la salud pública y que parece que intentan revivir aquella propuesta de que la ciencia constituye el fin y el medio. Si concebimos a la ciencia como una proposición discursiva que genera el fenómeno por explicar en el ámbito de experiencia de los observadores estandarizados (Maturana), obviamente, las evidencias científicas nos dan pautas sobre experiencias confirmadas entre un grupo de observadores estandarizados o científicos, pero no nos brindan conocimientos sobre las causas desconocidas o sobre las consecuencias no deseadas de las que también hablamos anteriormente. Por otro lado, las evidencias producidas por los observadores estandarizados no constituyen otra cosa que la aplicación de criterios de validación de experiencias de observadores estandarizados (científicos) impulsados por necesidades que no necesariamente surgen desde el campo de la salud, sino desde ámbitos de la economía (ganancia) o de la política (dominación), pero no toman en consideración aquellas particularidades y diversidades producidas en el diario vivir, donde, a su vez, se produce la salud. En esa medida es importante que impulsemos la formación de salubristas intermediadores que dispongan de los instrumentos necesarios para registrar y medir las evidencias existentes, pero que al mismo tiempo recuerden que vivimos una *globalización de efectos secundarios*, sobre los cuales no tenemos evidencias; que esta salud pública también reconozca que las evidencias existentes no responden necesariamente a los requerimientos de la salud colectiva, sino a otros de carácter económico o político. Como dice el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, director emérito de la Organización Panamericana de la Salud, “la salud pública, como acción científica y técnica, valoriza la evidencia identificable y medible y busca fundamentar sus decisiones/intervenciones en ella; sabe, sin embargo, las limitaciones de la “evidenciación” en la realidad social y la importancia de los valores en su conformación; buscará

siempre compatibilizar evidencia y valores pero reconocerá, en principio, la precedencia de los últimos”. (Guerra de Macedo: 1999)

La formación que apoya la autopoyesis del sujeto intérprete-intermediador

Habíamos indicado que los seres humanos son sistemas autopoyéticos que conocen al mismo tiempo que ejercen su vida en su diario accionar y que construyen la realidad con su sistema nervioso y su cultura. En esa medida, el *aprender* no constituye otra cosa que el cambio de formas de *convivencia* con el ambiente y los actores que le rodean. (Maturana, H.: 1996)

Al concebir el aprendizaje como cambios de formas de convivencia, obliga a considerar que el salubrista necesariamente tiene que formarse en cercano contacto con los actores que producen su salud en su diario vivir, ya que en esta forma será posible alcanzar el “conocimiento mutuo” (Giddens, A.: 1993) necesario para interpretar problemáticas fundamentales a ser intermediadas.

“La posición del observador no es diferente de cualquier otro miembro de la sociedad; el ‘conocimiento común’... representa los esquemas interpretativos que tanto los sociólogos (o salubristas) y los actores comunes usan, y deben usar para ‘dar sentido’ a las actividades sociales —es decir, para generar caracterizaciones ‘reconocibles’ de dichas actividades sociales”. (Giddens, A; 169)

Debemos reconocer que solo cuando las caracterizaciones son “reconocibles”, tanto las poblaciones como los salubristas podemos responsabilizarnos de dar cuenta del mundo que creamos con nuestras interpretaciones traducidas en palabras. Es decir, los actos de interpretación se acompañan de actos de habla que pueden y deben llevar a desarrollar acciones fácticas para dar cuenta de las situaciones interpretadas.

Las caracterizaciones “reconocibles” y sus interpretaciones posibilitan al mismo tiempo:

- a) establecer las bases para que el salubrista pueda cumplir su labor de *intermediación* científica, política y técnica;
- b) apoyar el fortalecimiento de la *identidad* de los grupos poblacionales con los que trabaja.

La *intermediación*, tal como se propone, tiene a su vez algunas características: posibilita la *reflexión* del salubrista sobre las metáforas construidas y sobre las acciones a cumplirse y viabiliza la *participación* de la población en dicha construcción: el salubrista ejerce al mismo tiempo su derecho a la *solidaridad*. En estos momentos de “globalización de efectos secundarios” la reflexión del salubrista y el *control social* sobre la ciencia, las normas y los recursos (estructura) por parte de la población son fundamentales. Además, el aprendizaje basado en el cambio de formas de convivencia posibilita el ejercicio de la *libertad* interpretada como “darse cuenta de que uno se da cuenta de que quiere las consecuencias de las propias acciones”. (Maturana, H.: 1996; 204)

El apoyo para el fortalecimiento de la *identidad* o *identidades* poblacionales es, como hemos indicado anteriormente, un hecho fundamental, toda vez que el Estado se va transformando en un espacio de intermediación de fuerzas supranacionales e infranacionales. En esa medida, es necesario que el salubrista, a más de interpretar las “verdades”, eticidades, veracidades y formas de ejercicio del poder de los grupos poblaciones, en su labor de intermediación, también logre que la ciencia como conocimiento amplio y validado enriquezca o critique aquellas interpretaciones y proponga mejores acciones. Por otro lado, el salubrista está obligado a apoyar el reconocimiento por parte de los grupos poblacionales de que la vida particular que surge como un hecho temporal, local y diverso se da sobre una matriz estructural que limita o promueve esa forma de vivir. En esa medida, la construcción de la totalidad en tanto nación o universo es un hecho necesario de reflexión, crítica y propuesta. En esta forma el salubrista no solo cumple su labor de intérprete

y técnico, sino también ejerce su obligación y derecho ciudadano. Además, la educación del salubrista también contribuye, a través del diálogo y ampliación consensual, a superar el fundamentalismo basado en seguridades construidas y no discutidas.

La formación del salubrista también tiene que dar cuenta de los nuevos requerimientos que demanda la época, de los cuales ya hablamos: la abstracción para generar nuevas metáforas de la salud pública más adecuadas a las necesidades de la población, a los requerimientos de desarrollo de los propios salubristas y a las posibilidades científicas sociales y políticas existentes; pensamiento sistémico para dar cuenta de la complejidad de los problemas, disciplinas, acciones y poderes que hacen parte de la salud pública; capacidad de llevar a la experiencia aquellas metáforas que son creadas con los grupos poblacionales y, además, lograr la participación de varios observadores con miras a producir eviden-

cias guiadas por valores; trabajo en equipo con variados actores y disciplinas.

La formación del salubrista también tendrá que reforzar el uso de las nuevas tecnologías informática y de la comunicación, con miras a fortalecer las potencialidades del aprendizaje a distancia y en los propios ámbitos de trabajo de los salubristas. Al respecto, las experiencias que se desarrollan en varias universidades de América Latina sobre educación de cuarto nivel y educación permanente abonan experiencias sumamente importantes.⁹

En resumen, la formación del salubrista no puede escapar a las necesidades de la época de crear una “institución total”, capaz de formar no solo el núcleo básico del desarrollo cognitivo del salubrista, sino también el núcleo básico de su personalidad (Tedesco, J.: 1997; 127), donde podamos construir redes de instituciones guiadas por la convicción de que todos pueden aprender.

9 En Ecuador, las experiencias desarrolladas por el Centro de Educación Permanente y la Maestría de la Universidad de Loja son de gran interés. Existen, además, distintas experiencias que llevan a cabo otras universidades: Escuela Politécnica del Litoral, Instituto Superior de Salud Pública de la Universidad Central, Universidad Estatal de Bolívar, Universidad de Cuenca, etc. El Proyecto Desarrollo de Espacios Saludables con su Programa de Educación Permanente constituye otra iniciativa de importancia.

Bibliografía

- Arouca, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Brasil: UNICAMP (tesis doctoral).
- Bateson, Gregory. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta; 1992.
- Beck, Ulrich. *The Reinvention of Politics*. Great Britain: TJ Press Ltd.; 1997.
- Buss, Paulo. “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; 1999.
- Canguilhem, G. *Ideología y racionalidade nas ciencias da vida*. Lisboa: Edições 70; 1990.
- Castells, Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture, volume I, The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell; 1996 (traducción realizada por el autor).
- 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.
- Certeau, Michele. *La invención de la cotidianidad*. México: Universidad Iberoamericana; 1996.
- Co.ris.co. *Sete questões para uma epidemiologia crítica*. Salvador de Bahía; 1994, (poligrafiado).
- Echeverría, Rafael. *Ontología del lenguaje*. Santiago: Dolmen; 1995.
- Echeverría, Rafael. *El búho de Minerva* (tercera edición). Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1997.
- Fee, Elizabeth and Acheson, R. *A History of Education of Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1991.
- Fee, Elizabeth. *Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Higiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1987.
- Foucault, Michele. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1966.
- Franco, Saúl. “Dimensiones internacionales de la violencia en Colombia”. En: *Cuadernos Médico Sociales* (73): 81-99; 1988.
- Franco, Saúl. *El quinto: no matar*. Santa Fe: Tercer Mundo; 1999.
- García, Juan César. “La medicina estatal en América Latina (1880-1930)”. En: *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: Interamericana: 95-143; 1994.
- Giddens, Antony. *The Constitution of Society*. Berkeley: University of California Press; 1986.
- Giddens, Antony. *Risk. London. Reith Lectures*. <http://news.bbc.co>, 1999.
- Granda, Edmundo. “Tendencias de la educación en salud pública”. En: *Memorias de la Conferencia Andina de Educación Médica*. Cartagena, 1 al 4 de febrero de 1993. Bogotá: Camargo Editores: 127-142; 1993.
- Granda, Edmundo. “El sujeto, la ética y la salud”. En: *Salud pública: reflexiones y experiencias*. (3) 46-61; 1997.
- Granda, Edmundo. “Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En: *Educación permanente de personal de salud*. Tegucigalpa: OPS/OMS, 85-94; 1997.
- Granda, Edmundo. “Salud pública e identidad”. En: *Boletín ecuatoriano de salud pública y desarrollo de áreas de salud*. (4): 80-90; 1999.

- González, Max. *Educación, universidad y posmodernidad*. Loja: UNL; 1999, (poligrafiados).
- Guerra de Macedo, Carlyle. *Salud pública en las Américas*. Documento conceptual y operacional. Segundo borrador. Washington D. C.: OPS; 1999.
- Heidegger, Martín. *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica, D.F.; 1997.
- Heller, A. A *Filosofía Radical*. Mencionado por De Melo Filho, D. *Contribuição a compreensão e crítica da epidemiologia social. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia*. Salvador; 1994.
- Hevia, Patricio. "De la salud pública a los públicos por la salud". En: *Salud Pública: reflexiones y experiencias*. (5): 1-14; 1998.
- Hirst, P. and Thompson, G. *Globalization in Question: the International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge: Polity Press; 1996.
- Laïdi, Zaqui. *Un monde prive de sens*. Paris: Fayard; 1994. Mencionado por Tedesco Juan Carlos. *El nuevo pacto educativo*.
- Laurell, Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Era; 1997.
- Lolas, Fernando. *Bioética*. Chile: Mediterráneo; 2001.
- Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja 1997-1999. *Plan de Estudios*. Loja: UNL; 1997.
- Maturana, Humberto. "Fenomenología del conocer". En: *Revista de Tecnología Educativa* 8(3-4):131-150; 1983.
- Maturana, Humberto y Varela Francisco. *El árbol del conocimiento (novena edición)*. Santiago de Chile, 1993.
- Maturana, Humberto. *La objetividad*. Chile: JC Sáez, editor; 1997.
- Maturana, Humberto. *La realidad: ¿objetiva o construida?* Barcelona: Anthropos; 1997.
- Morin, E. "La noción de sujeto". En: *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1994.
- Morgan, Garret. *Images of Organization. The Executive Edition*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. *Las funciones esenciales de la salud pública*. Washington D. C.: OPS/OMS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS/OMS; 1999.
- Prigogine, Ilya y Stengers, Isabel. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda.; 1992.
- Restrepo, Luis. *El derecho a la ternura*. Bogotá: Arango Editores; 1994.
- Reich, Robert. *The Work of Nations*. New York: First Vintage Books; 1992.
- Rojas, C. Orellana, T. y Mera, P. *Los lugares creados por la libertad*. Cuenca, Universidad del Azuay, 1994.
- 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. *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: El destino del hombre en la aldea global*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
- Von Glaserfeld. *Distinguishing the Observer*. www.oikos.org/vonobserv.htm; 1999.



Artículo 11

Situación de los recursos humanos en el sector salud en América Latina*

Vivimos un momento de grandes transformaciones. El nuevo mundo globalizado tiene a la productividad y a la competencia como los ejes fundamentales de la economía, donde los recursos humanos deben mantenerse en constante aprendizaje para dar cuenta de los requerimientos cada vez cambiantes. La incansable innovación productiva lanza al recurso humano al centro del debate: la empresa no puede sobrevivir si no cuenta con el intelecto humano capaz de interpretar en mejor forma la volátil demanda de los consumidores y es, además, capaz de “inventar” los productos necesarios para la competencia.

No solo el mundo productivo tiene que mirar al personal de una manera distinta entregándole mayor preocupación, sino que también el mundo social se complejiza inmensamente: vivimos un momento en el que es difícil aceptar que un gran relato pueda dar cuenta de todo lo que ocurre en nuestro universo, hoy se acepta, más bien, que vivimos en un “multiverso” a ser descifrado, el mismo que se encuentra conformado por una abigarrada manta multicolor tejida por un amplio abanico de actores portadores de variadas culturas y diversos intereses. Ante la florescencia de esta complejidad cultural, social y política, también se reconoce que solamente la sensibilidad y sabiduría del talento humano es capaz de leer múltiples lenguajes, propuestas e intereses para componer una “sinfonía única” que posibilite construir aquella ansiada unidad en la diversidad.

Las últimas décadas del siglo XX y estos primeros años del siglo XXI colocan, entonces, al factor

humano en el centro de la “tormenta”. Pero esta tormenta no solo se configura por los cambios mencionados y por las nuevas competencias que requiere el recurso humano, sino que también ésta se genera porque la formación y capacitación del personal se configura como muy distinta y, sobre todo, porque los antiguos contratos sociales entre la fuerza de trabajo, el Estado y los empresarios se transforman inmensamente: el antiguo engarce de los trabajadores y los patronos basado en derechos sociales y políticos dan paso a un proceso de “flexibilización” donde se “desregulan” los viejos acuerdos, con lo cual los recursos humanos pierden la seguridad que históricamente habían ganado, para introducirse en el mundo donde el futuro ocupacional no se presenta como cierto, la desocupación crece y la conflictividad laboral arrecia.

Hablar de los recursos humanos en estos momentos es hablar de lo lindo y de lo feo; hablamos, por un lado de creatividad y pensamiento complejo, de potencialidades de mayor libertad, de constante aprendizaje, de un hermanamiento entre la educación y la acción; pero, por otro lado, hablamos de ruptura del contrato social, de inseguridad y conflictividad laboral, de baja calidad y productividad de servicios, de enfermedad del paro y precariedad del trabajo, de desocupación creciente. Hablar de recursos humanos es hablar de luminosidad bañada por oscuridad.

Ubicados los recursos humanos en este marco, es posible reconocer seis tendencias fundamentales:¹

* Convención Nacional de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud. *Preparando el futuro de la educación de los profesionales de la salud*, Quito, 22 y 23 de julio de 2004.

1 Brito, P. “Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral”. En: *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2): 43-54; 2000.

De informales a formales: durante los últimos años, el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la región, llegando en algunos de ellos a constituir el 85% del empleo. De cada diez nuevos puestos de trabajo creados en los últimos diecisiete años, ocho pertenecen al sector no estructurado de la economía.

De bienes a servicios: 80% de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, mientras el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.

De baja a alta calificación: a diferencia de lo que ha venido ocurriendo en las últimas décadas, se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada.

Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones de trabajo: se aprecia un incremento de formas atípicas de contratación junto con una tendencia hacia la inestabilidad de las antiguas modalidades de nombramiento y de contratación.

Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas: se ha presionado por el retiro del Estado de la regulación de las formas de trabajo y la sustitución por procesos regulatorios propios del mercado. Lo que se ve hasta ahora es que no aparecen aquellas formas de regulación mercantiles y también se han desregulado aquellas anteriormente existentes.

Cambios en las relaciones con las instituciones de formación: en general, se observan cambios en la regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación, reformas de educación superior con el apareamiento de nuevas leyes universitarias, cambios en las relaciones de financiamiento por parte del Estado hacia las universidades.

El ámbito de la salud

El ámbito de la salud no escapa a esta problemática y es por esto que en la reunión de constitución del Observatorio de Recursos Humanos

en Salud, en septiembre de 1998, los países de América Latina, con la cooperación técnica de la OPS/OMS-OIT-CEPAL, diagnosticaron problemas fundamentales en el ámbito del trabajo del personal, espacio fundamental en el que la OPS se encuentra cooperando. En esa medida, centraré mi atención sobre aquellos aspectos que tienen que ver con los cambios ocurridos en los recursos humanos en su accionar en salud, en cuanto prestadores de servicios, en cuanto integrantes de las instituciones que desarrollan acciones de salud, en cuanto constructores de un modelo de atención y gestión en salud.

Cinco problemas fundamentales ha diagnosticado el Observatorio de Recursos Humanos para América Latina:

- **Calidad del empleo y régimen laboral:** insuficiencia de disponibilidad e inadecuada distribución del personal de salud; flujos intrasectoriales no regulados de personal; tendencia a la flexibilización laboral sin protección; emigración descontrolada; retraso normativo y legal.
- **Productividad del trabajo y calidad de los servicios:** desempeño deficiente sin evaluación adecuada, inexistencia, insuficiencia y/o carencia de sustentabilidad de sistemas de incentivos.
- **Formación de recursos humanos:** déficit de educación permanente en los servicios; baja calidad de educación en salud; falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y la eficiencia de la educación en salud; educación para perfiles profesionales inadecuados; necesidad de reconversión de prácticas de personal.
- **Gobernabilidad y conflictividad sectorial:** persistente conflictividad corporativa; conflictividad institucional; baja capacidad para la gestión de conflictos; inexistencia de concertación de políticas; inexistencia de gestión participante.
- **Desfase en la gestión de recursos humanos:** incapacidad para interpretar las nuevas condiciones del momento; insuficiencia en la

gestión y evaluación del desempeño; gestión ineficaz de los sistemas de compensación e incentivos; retraso y rigidez normativa; debilidad técnica; escasa visibilidad y prioridad política del campo.

Considero que es fundamental enfatizar en algunos de los puntos anteriormente indicados que, aunque no corresponden a la problemática directa de la educación superior en salud, merecen ser estudiados como parte fundamental de la situación de los recursos humanos en salud en la región.

Flexibilidad e inestabilidad laborales en el campo de la salud

La tendencia a establecer modalidades flexibles en los contratos de trabajo en salud ha sido identificada en la mayor parte de países de América Latina. Muchas de las propuestas de leyes laborales en la región adoptan el incremento de la flexibilidad como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones que favorezcan la competencia. Se trata de la adopción de criterios de flexibilidad externa, ligada a la necesidad de ajustarse a las fluctuaciones del mercado laboral mediante una redefinición de las condiciones del contrato o la disolución del vínculo laboral, en menoscabo de la estabilidad laboral y los beneficios sociales.

De una manera general, existen simultáneamente marcos y mecanismos de gestión de personal inflexibles y copiosos en lo normativo, con la creciente tendencia a la flexibilidad acompañada de inestabilidad en el empleo. Para el sector público, ello ocurre en un contexto de mayor descentralización y de estrictas restricciones presupuestarias.

En Brasil se ha informado la existencia de más de

quince formas de vinculación laboral en el sector público, y en el marco de la gestión municipalizada la creciente aparición de formas flexibles de contratación (temporales, en “comisión”, etc.). En Costa Rica se han emitido disposiciones legales que crean condiciones para la subcontratación de ciertos servicios (tercerización) y para la flexibilidad contractual. En Perú una proporción significativa del personal (diez mil personas) tiene contratos flexibles, pero en situación precaria y sin protección social. Similares aseveraciones podemos hacer para muchos otros países y aun para Ecuador, el mismo que demuestra, en un último estudio desarrollado por CONARHUS y FESALUD,² con la cooperación de OPS, procesos de flexibilización de variada naturaleza.

El aspecto regulador

Este aspecto es relativamente nuevo. Si anteriormente la disyuntiva se planteaba entre la planificación y el mercado, actualmente se replantea como una tensión entre la regulación y el mercado. En el sector salud este fenómeno se sitúa en el contexto de una mayor complejidad institucional y de nuevos modos de producir y financiar la atención de la salud. Los distintos agentes que participan en la provisión de servicios de salud persiguen sus propios objetivos e intereses, que con frecuencia entran en conflicto. Las reglas de juego o regulaciones son, por lo general, el resultado del poder de los recursos y de la habilidad y oportunidad de estos agentes. Habitualmente, los modelos de regulación contemplan mecanismos para definir procesos, como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que estos procesos deben alcanzar. Se utilizan mecanismos de entrada al mercado como por ejemplo el licenciamiento, la certificación, la recertificación profesional, o la carrera sanitaria. Salvo México, en todos los países de América Latina nos encontramos con

2 Sacoto, Fernando y colaboradores. *Estabilidad y remuneraciones*. Quito: OPS/OMS, LACHSR; 2004.

mecanismos de regulación bastante débiles que no pueden dar cuenta de los requerimientos en este campo. En Ecuador, la Comisión de Recursos Humanos (CONARHUS) del CONASA ha tratado de impulsar aquel mecanismo regulador globalizante y racionalizante de la carrera sanitaria, la misma que ha tenido un éxito limitado al no haber podido todavía abordar y dar cuenta de todos sus elementos integrantes, esto es, la regulación —en común acuerdo con las universidades— de ámbitos tan importantes como el internado y las residencias, así como tampoco ha podido reubicar la discusión y los cambios necesarios a nivel del servicio rural obligatorio. El proceso regulatorio impulsado por la CONARHUS ha tenido mayor éxito en el país en aquellos aspectos relacionados con el ingreso y mantenimiento del recurso humano en los servicios de salud, el mismo que ha sido enfrentado con la participación de la OSCIDI primero y ahora con la SENRES; en efecto, una buena parte de los servidores de las instituciones públicas de la salud se hallan ahora ubicados en la “escala de 14 grados” y en breve tiempo se implementará un sistema de evaluación del desempeño basado en competencias. La CONARHUS, por otro lado, ha iniciado conversaciones con los gremios de profesionales de la salud para regular un proceso de recertificación. Quedan todavía pendientes aspectos de inmensa importancia, los mismos que deberán ser abordadas por una CONARHUS fortalecida a través de la participación de la universidad, los servicios de salud, los gremios y sindicatos de la salud, el aparato regulador central (SENRES) y los consumidores.

Por otro lado, *la regulación de la formación de los profesionales de la salud* plantea una situación crítica en la región. Por un lado, hay divergencia, en otras ocasiones pueden las relaciones llegar a ser conflictivas entre los ministerios de salud y de educación. El resultado es una regulación insuficiente de la educación en sus diversos niveles (técnico, profesional y de posgrado). En algunos casos, la situación es más compleja, pues han surgido instituciones no gubernamentales con la misma finalidad (por ejemplo, en Chile y

México) para la formación de especialistas, o el apareamiento de una gran cantidad de universidades y facultades de ciencias de la salud privadas, que pueden no tener el nivel tecnológico y de conocimiento adecuados y que han podido encontrar un espacio en el concierto educativo de los países ante la desregulación y el enflaquecimiento estatal. Este fenómeno es posible registrarlo en la mayor parte de países de América Latina y también en Ecuador, donde hemos visto aparecer, en el último decenio, numerosas facultades de ciencias de la salud.

Dentro de la problemática de la regulación, una reflexión aparte merece la cuestión de la acreditación de las facultades de ciencias de la salud. Ecuador tiene universidades de calidad que forman recursos humanos de alto nivel, con potencialidades de circular en cualquier parte del mundo globalizado, pero cada día los aparatos reguladores de las naciones requieren el pasaporte de la acreditación de los centros de educación superior para calificar a dicho personal formado. Éste es el pasaporte educativo de la acreditación que AFEME quiere otorgar a sus graduados, a sus profesores y a sus facultades, lo cual merece nuestro reconocimiento.

El aspecto educativo

El aspecto educativo tiene dos facetas principales. La educación para preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal en servicios. Ambas han sufrido cambios notables como consecuencia de las reformas del sector, a su vez, esos cambios han tendido algún impacto en dichas reformas. La formación educativa del personal profesional y técnico en América Latina se ha venido definiendo en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales, epidemiológicos y de los servicios de salud. Actualmente, los servicios en la región parecen no requerir únicamente de especialistas sino de personal *generalista* para extender la cobertura o crear nuevos modelos de atención. Brasil constituye una importante experiencia en

el desarrollo de personal profesional *generalista* en salud para su modelo de salud familiar. Cuba constituye otro ejemplo interesante de masificación de medicina familiar.

En Ecuador, la *Ley del Sistema Nacional de Salud* establece en su artículo 6 que:

“El Plan Integral de Salud se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión descentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicina alternativa”.³

Mientras que la *Política Nacional de Salud* reconoce en el numeral 4.3.2 la necesidad de:

“Formar multidisciplinariamente el talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule la medicina tradicional y otras medicinas alternativas y complementarias con la práctica de los servicios de salud”.

Tanto la Ley del Sistema como la Política de Salud reconocen la necesidad de formar recursos humanos *generalistas* y con un enfoque multicultural que puedan dar cuenta de los problemas de salud, cuyo abordaje requieren una propuesta amplia y un tanto diversa a la tradicional. La universidad ecuatoriana se encuentra también convocada a estudiar esta problemática con miras a dar una respuesta diversa; sin su participación será imposible avanzar en las propuestas de cambio en el modelo de atención y gestión que se quiere implementar en el país.

El otro componente de la educación, esto es, la *capacitación del personal en servicio* ha sufrido también grandes modificaciones a consecuencia de las reformas del sector y de los proyectos de inversión que los financian en una buena parte de los países. Con miras a apoyar la descentralización y la instalación de nuevas formas de organización y de gestión se generan proyectos (o componentes de proyectos) de desarrollo institucional que responden a nuevos perfiles ocupacionales o la inclusión de nuevas competencias en los perfiles actuales. Estos proyectos han requerido la adopción de paradigmas educacionales y de distintos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación.

La gestión educacional regida por criterios de mercado, con cobertura en masa, impacto local y prácticas basadas en sistemas descentralizados y nuevos modelos de atención, plantea enormes desafíos para las universidades. Surgen así nuevas modalidades de gestión educacional, como los fondos concursables (Chile, Costa Rica, Perú), las redes académicas como agentes de apoyo a los proyectos (Brasil, Perú), las licitaciones internacionales y nacionales y nuevas modalidades educativas, como la educación a distancia y por encuentros (México, Argentina). La educación ha “descendido” desde el espacio de la ideología y se ha colocado en el propio ámbito de la acción, en el espacio del trabajo, en el “puente” de unión entre el servicio y la población. Las universidades tienen necesariamente que considerar esta nueva realidad, tienen que teorizar la problemática y apoyar la elaboración de respuestas metodológicas y técnicas. Ecuador no se escapa a este requerimiento, tan es así que múltiples facultades de ciencias de la salud y muy especialmente la Universidad Nacional de Loja han producido importantes aportes para la organización de propuestas educativas semipresenciales de gran importancia para la educación del personal en servicio.

3 Consejo Nacional de la Salud. *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. En: *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador*. Quito: CONASA-MSP; 1992.

Otros aspectos

Muchos otros aspectos son de inmensa importancia en el área de los recursos humanos en salud, pero no podremos abordarlos por razones del tiempo disponible. Tan solo haré referencia muy brevemente al tema migración, ya sea interna o externa. Interna como movimiento del personal calificado desde el campo a la ciudad, lo cual constituye un complejo problema en América Latina. Externa como extracción del personal formado desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados, lo cual constituye un problema de graves consecuencias en los servicios de salud y un drenaje de riqueza nacional. En las Américas la situación de migración externa es mucho más grave en el Caribe y menos en América Latina, incluyendo a Ecuador. En este país, la CONARHUS ha desarrollado un primer estudio que arroja algunos datos sobre este importante asunto.

Desafíos

La situación de los recursos humanos en general y de salud en particular es sumamente compleja y requiere el trabajo mancomunado de todos los actores. Los cambios en las formas de engarce en el trabajo por parte de los profesionales y trabajadores de la salud requieren urgentes acciones, tales como: un nuevo concepto sobre el recurso humano en salud, una teoría sobre el trabajo en salud distinta donde la universidad tiene la

batuta, un cambio en la gestión de los recursos humanos en los servicios, una actualización de las normas en este campo, una acción interrelacionada en el concierto de países para facilitar el trabajo mancomunado entre los mismos.

En Ecuador, la forja de una propuesta coherente que pretenda dar cuenta de la compleja problemática enunciada requiere el esfuerzo conjunto de múltiples actores que colijan en un espacio donde puedan analizar la situación actual de los recursos humanos en salud, elaborar propuestas y encaminar acciones dirigidas a superar los problemas enunciados. Eso es lo que representa la Comisión Nacional de Recursos Humanos del CONASA, CONARHUS, instancia a la que debemos apoyar y fortalecer porque en ella se instalan los actores que representan a la educación, los servicios, los gremios y sindicatos, el ámbito regulador y la sociedad civil. En este nivel se viene dando forma al Observatorio de Recursos Humanos como un espacio de información y debate sobre los aspectos importantes en este campo. Considero, por otro lado, que es esencial fortalecer el trabajo solidario y representativo de la voluntad común universitaria en salud, es decir, lo que representa AFEME y las asociaciones de escuelas y facultades de enfermería, odontología, obstetricia, tecnología. El fortalecimiento de nuestras instituciones constituye la única forma de participar con autonomía y fuerza en este mundo global.



**Aportes diversos
para la acción en
salud**



Artículo 12

Vigilancia epidemiológica: espacio, sujetos y acción*

Presentación

Dentro de los grandes cambios que se vienen experimentando en todos los órdenes de la vida social, resaltamos los conflictos y tensiones que surgen de tres situaciones profundamente interrelacionadas y que, a su vez, definen buena parte de la dinámica y desarrollo de las propuestas actuales en vigilancia epidemiológica.

El referente que se ubica a nivel de la realidad de salud, que no obstante puede ser leída de múltiples maneras, involucra un profundo, imbricado y extenso deterioro en la calidad de vida de las poblaciones mayoritarias del mundo ya no solo del sur, sino en subregiones y amplios sectores sociales de los países ricos, haciéndose más marcada la desigualdad en los diferentes niveles y espacios de la realidad.

Ligado a esta situación aparece el arsenal científico tecnológico que con sus amplias posibilidades metodológicas y técnicas encara la problemática sanitaria en sus diversos niveles. Cuál ha sido su desarrollo, qué limitaciones y retos se encuentran ahora, constituyen elementos de lo que sería un campo de conflicto, el campo del desarrollo de la ciencia, cuyas tensiones van perfilando lo que teórica e instrumentalmente se traduce en las propuestas de vigilancia.

Finalmente, las transformaciones políticas, en cuyo telón de fondo se encuentran de manera importante las distintas formas de modernización del Estado, privatización, globalización, liberalización y desregulación.

En lo político, en medio de esta reorganización de las relaciones entre Estado y sociedad civil, los sujetos políticos asumen nuevos retos y profundizan su discusión para rearticular su práctica en este mundo cambiante.

En salud, las instituciones deben dar cuenta de los procesos de modernización, descentralización, fortalecimiento de lo local, privatización y auto-gestión. Sin duda que esta situación define nuevas relaciones al interior de aquellas y, sobre todo, les enfrenta con la creciente demanda de servicios de sectores cada vez más empobrecidos que ven más irreal su acceso en condiciones de equidad.

En esta perspectiva, el fortalecimiento de procesos de reflexión y práctica crítica por parte de los mismos sujetos institucionales, de los espacios de formación de recursos humanos y, sobre todo, de las distintas expresiones organizadas de la sociedad constituye una herramienta valiosa para la construcción de una conciencia sanitaria capaz de recrear, en medio de la crisis, alternativas con alto contenido humano y humanizante que desafíen la avalancha de políticas y programas fragmentarios, intencionadamente focalizados con cada vez menor cobertura y alcance.

Aquí planteamos que el desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica se ha desenvuelto en medio de las tensiones que los aspectos planteados generan. Una caracterización de ellas permitirá encontrar las limitaciones y las posibilidades de los desarrollos actuales y viabilizará una apertura hacia nuevas propuestas que amplíen y profundicen el aporte en los

* Esta ponencia fue presentada por Edmundo Granda y Jaime Urrego al Sexto Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, denominado La salud al final del milenio, desafíos y alternativas para el cambio, en la sesión plenaria Desigualdad social, pobreza y salud, en 1994. El presente documento se basa en reflexiones desarrolladas al interior del CEAS, en las que de manera importante han participado, además de los autores, Zaida Betancourt y José Yépez.

procesos de constitución de sujetos críticos, activos y políticos alrededor de la lucha en el campo de la salud en pos de la superación real de las desigualdades.

Este trabajo constituye un aporte inicial e inacabado que busca dinamizar la reflexión en torno a la vigilancia epidemiológica con miras a encontrar conjuntamente un espacio de articulación integral que requiere la ampliación de las potencialidades de avance técnico y político en los procesos de salud colectiva.

Campo problemático

Desigualdades en salud

Desde hace algunos años, se ha planteado la existencia de una transición epidemiológica, sustentada en que buena parte de los procesos infecciosos habrían cedido terreno como causas de los cuadros de morbimortalidad de nuestros países, a procesos crónico-degenerativos, accidentes y violencias.

Sin embargo, para América Latina, como lo describe Jaime Breilh, la década de los ochenta significó un deterioro global de las condiciones de vida y de trabajo de la población, en una especie de imbricación en profundidad y extensión de los problemas de salud asociados a la ya crónica deficiencia de acceso por la mayoría a los recursos básicos para una vida digna con aquellos que devienen de la modernización de las sociedades, ofreciendo cuadros más dramáticos que el autor describe como regularidad epidemiológica del capitalismo periférico en el que “nos agobian no solo las miserias que arrastramos desde el pasado sino las miserias modernas que advienen con el llamado progreso en la modernidad capitalista”.¹

No debe perderse de vista que tal realidad sanitaria no solo expresa una particular forma de

organización social con sus respectivas relaciones, sino, y de manera importante, las luchas concretas y cotidianas de los sujetos sociales. De ahí que sea fundamental como parte de tal realidad de salud contribuir a generalizar y fortalecer todo tipo de procesos de constitución de aquellos sujetos, lo cual nos convoca con más fuerza al desarrollo de propuestas que amplíen la posibilidad de evidenciar desde el mundo de la vida, de lo actual y potencial la superación de las desigualdades en una perspectiva realmente transformadora.

Estado, neoliberalismo e impacto en salud

Se asiste en los últimos años a un fuerte movimiento de transformación política e institucional, estrechamente relacionado con la crisis económica y la implementación progresiva del modelo neoliberal basado en una política económica y social de globalización, liberalización y desregulación.

Debe destacarse que paralelamente a la instauración de un nuevo orden institucional, en el que las funciones de intervención y regulación del Estado se ven restringidas a campos más específicos, se recortan los presupuestos dirigidos al gasto social. Esta situación obliga a focalizar las políticas sociales y a buscar la mayor eficiencia posible en las acciones.

Tal focalización se corresponde en el campo metodológico con la búsqueda de nuevos instrumentos y parámetros, para llegar a los grupos sociales objeto de tal especificación de la acción del Estado.

Adicional y complementariamente, se implementa un proceso de descentralización política y administrativa, que busca mayor protagonismo por parte de las localidades y las regiones, tanto en la gestión como en la ejecución de las políticas y programas de desarrollo.

1 Breilh, Jaime. *Deterioro de la salud en el decenio perdido*. Quito: CEAS; 1991.

En salud, el Estado ha propuesto la conformación de sistemas locales de salud, que funcionarían acorde con el proceso iniciado de descentralización, con mayores niveles de autonomía y mayor capacidad de decisión.

Acompaña a lo anterior una política de privatización manifiesta o escondida de las acciones y servicios de salud.

La propuesta neoliberal está dejando en América Latina resultados que causan profunda preocupación: incremento del deterioro de la calidad de vida de la población, aumento de las desigualdades en el acceso, acelerada pérdida de calidad de los servicios del sector público y conflictos laborales graves ocasionados por el despido de trabajadores de la salud, caída de los salarios y descalificación del trabajo.

La política neoliberal continuará y avanzará en la región hasta cuando se genere y desarrolle un proyecto político que posibilite la conformación de una nueva correlación de fuerzas favorables al campo democrático-popular. En esa medida cualquier propuesta, general o particular, debe estar dirigida a apoyar la conformación de un “sujeto social capaz de plantearse y resolver problemas complejos para que pueda disputar la conducción de la sociedad”.² La vigilancia epidemiológica también se encuentra inscrita en esta necesidad: viabilizar a través de su acción la constitución de múltiples sujetos que puedan confluír alrededor de propuestas y esfuerzos conjuntos para posibilitar la construcción de dicho proyecto popular basado en los valores de justicia e igualdad.

Epidemiología y vigilancia

La superación de los modelos unicausales por algunos con mayor capacidad explicativa, tales

como los multicausales y aquellos surgidos desde la epidemiología crítica latinoamericana han conducido, no solo a la instalación de nuevos paradigmas, sino sobre todo a la apertura de campos de desarrollo técnico-operativos, que permiten adaptar los nuevos modelos a la comprensión y al diseño de las acciones en relación a salud.

De esta manera, hoy en día no es posible concebir la interpretación de un problema sanitario, sin tener en cuenta el papel que juegan los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales con sus debidas interrelaciones con las dimensiones biológicas y psicológicas de los procesos salud-enfermedad.

La trascendencia de estos cambios sobre las propuestas de vigilancia es muy importante, en la medida en que el objeto de la vigilancia si bien sigue remitido a las causas inmediatamente relacionadas con la enfermedad, se impone la necesidad de ampliar la mirada hacia el conjunto de las determinaciones de los procesos, a fin de dar cuenta de una manera más integral sobre éstos.

La epidemiología crítica genera un planteamiento teórico con conceptos relacionados y jerarquizados que intentan reproducir los distintos niveles de la realidad. Los diversos estudios que se han desarrollado en los distintos países en los veinte últimos años permiten ratificar las profundas relaciones existentes entre la situación de salud colectiva y los diversos procesos de carácter general: cambios en las formas productivas, diferencias regionales y temporales, así como problemáticas particulares e individuales tales como clases sociales, fracciones de clase, condiciones de trabajo y consumo, aspectos culturales, etnia, género, condiciones biológicas genotípicas y fenotípicas, etc.³⁻⁴

2 Laurell, C. “Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina”, En: *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*. Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela; 1991, p. 2-9-47.

3 Breilh, J. “La construcción del pensamiento en medicina social”. En: *Debates en medicina social*. Quito: OPS-ALAMES; 1991.

4 Duarte, E. “Trayectoria de la medicina social en América Latina: Elementos para su configuración”. En: *Debates en medicina social*. Quito: OPS-ALAMES.

El nuevo pensamiento epidemiológico posibilitó la ampliación de su horizonte de visibilidad, con lo cual es factible tener una comprensión más integral del problema objeto de estudio y la reformulación teórica de distintas categorías usadas por la epidemiología tradicional, las que por su naturaleza abstracta e inmovilidad no propiciaban una comprensión más real. Al respecto, es importante resaltar el gran avance que se produce al superar el tratamiento fenoménico de las nociones “tiempo”, “lugar” y “persona” y avanzar hacia los conceptos “historia”, “espacio” y “clase social”.

El paso desde la noción “tiempo” hacia el concepto “historia” permite la ruptura del criterio “historia natural de la enfermedad”, para avanzar en la comprensión de la historia social de la misma. Esto posibilita el rescate teórico del verdadero significado de la promoción y la prevención frente al control y vigilancia. No es posible promover y prevenir, si no se parte del compromiso de transformar las condiciones que generan la salud-enfermedad, porque cuando solamente se intenta describirlas en su comportamiento fenoménico, éstas pueden ser tan solo controladas.

Al haber sustituido la noción “persona” como sumatorio de factores naturales o como “máquina corporal” por el concepto “clase social” ha sido posible estudiar la relación existente entre la salud-enfermedad y la inserción en el aparato productivo, y por otro lado, se ha abierto la puerta para la comprensión del trabajo y el consumo en su relación con la salud. Así también, es posible comprender al hombre como producto de todas las relaciones sociales, esto es, como clase, como grupo, como familia, como individuo. Por esto ha construido y continuará creando o adoptando nuevas categorías mediadoras que le aproximarán a la comprensión de este complicado interrelacionamiento, tales como “estrategias de supervivencia”, “estrategias familiares de vida”,

“redes de información”, etc., en las mismas que se cristaliza el movimiento de una totalidad humana que origina la salud y la enfermedad.

La epidemiología crítica ha incursionado el campo de la determinación social y ha tenido que verse con la economía política, la sociología, la antropología, la psicología, la administración, etc.; en otras palabras, la epidemiología ha indagado y comprendido que la salud está determinada por las estructuras y relaciones sociales, pero, así también, tiene que comprender que el hombre condiciona, a través de su acción llena de sentido, su vida cotidiana, la propia salud-enfermedad y el sistema político, social, económico y cultural.

La epidemiología crítica ha logrado descubrir que la “realidad no es (auténtica) realidad sin el hombre, de la misma manera que tampoco es (únicamente) la realidad de hombre”⁵ y es por esto que ha regresado a pensar en el hombre no solo como ser social sino también como naturaleza, es decir, como genotipo y fenotipo. Pero, además, está obligada a retornar al hombre en cuanto constructor de su mundo de sentido.

Al integrar el mundo del sentido se complica mucho el panorama porque se abre el estudio del presente como devenir, es decir, como acción humana determinada, pero capaz de forjar nuevas necesidades que esconden potencialidades. En otras palabras, el hombre a través de su acción produce verdades y relaciones que condicionan la eficacia de las determinaciones, con lo cual genera acontecimientos nuevos que bifurcan las trayectorias, ocasionando múltiples escenarios. En esa medida, la determinación establece el mundo dado y cristalizado, pero no puede totalmente explicar el mundo del dándose o del devenir en el presente. Si esto es correcto, la epidemiología crítica constituye un indispensable instrumento para comprender los determinantes que explican lo dado, pero no es

5 Kosic, K. *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo; 1976.

capaz de interpretar y comprender plenamente el dándose.

La acción preventiva o de vigilancia más amplia se cumple en el mundo del dándose, en el presente, en el espacio de la acción humana. En ese espacio intervienen los determinantes históricos que ocurren en el vector pasado-presente y que se coagulan como objetividad estructurada, pero también se desarrollan fuerzas capaces de objetivar lo potencial que se mueve en el vector presente-futuro. Aparecen, entonces, en juego los determinantes y los indeterminantes: la historia que determina y se cristaliza como objetividad estructurada y la misma historia del hombre en acción que abre nuevos derroteros que aparecen como indeterminados, pero que son comprensibles y, por lo tanto, posibles de ser determinados a través de acciones viables y direccionables.

La epidemiología crítica nos produce la visión de un mundo estructurado y explicado. El epidemiólogo en acción vigilante y preventivo tiene que desestructurar ese mundo para encontrar las mencionadas potencialidades. La epidemiología crítica nos lega una imagen de un todo determinado; la vigilancia, en cambio, tiene que comprender cuáles son los indeterminantes que permiten abrir espacios en ese determinismo para producir nuevas posibilidades de determinación.

El epidemiólogo crítico intenta explicar, mientras que el vigilante intenta interpretar y comprender. El epidemiólogo recurre a la lógica que le permite concretizar el problema con el fin de pasar desde un concreto sensorial a un concreto pensado. El vigilante recurre a la acción que le permite encontrar las potencialidades. El epidemiólogo puede sostener que todo está explicado históricamente y que el vigilante únicamente

necesita intervenir con sus instrumentos para cambiar la realidad, pero el vigilante comprende que la propia acción de los hombres condiciona la eficacia de dicha determinación y, por lo tanto, es capaz de cambiar dicha historia. ¿Qué hacer ante este dilema? ¿Es posible tender un puente?⁶

Hasta donde llegamos a entender, el puente puede constituir la comprensión de la acción que lleven a cabo los sujetos sociales: Partir, conforme recomienda Habermas,⁷ desde una hermenéutica O que consiste en interpretar el mundo de la vida de los sujetos individuales y particulares, comprender cómo éstos en su acción comunicativa se constituyen en sujetos epistémicos, sociales e individuos y, desde ese espacio, buscan nuevos conocimientos para validar sus verdades preteóricas, para desarrollar sus proyectos prácticos y para obtener veracidad sobre sus presupuestos. En este proceso de validación, los conocimientos producidos por la epidemiología crítica y otras ciencias pueden ser de gran apoyo, ya que posibilitarían la comprensión de los determinantes que ampliarían las posibilidades de intervención.

Lo anterior nos lleva a pensar que es aconsejable “desestructurar” la racionalidad producida por la epidemiología crítica mediante aquella otra racionalidad producida en el mundo de la vida por los propios sujetos que buscan transformar su proceso salud-enfermedad. No creemos que es conveniente “desestructurar” la racionalidad de la epidemiología crítica con la racionalidad del vigilante-epidemiólogo, porque estaríamos pasando de una dictadura de la razón del sujeto investigador a una dictadura del poder del sujeto interventor-vigilante. En otras palabras, no creemos que debemos pasar de la filosofía de la conciencia basada en el conocimiento del investigador a la filosofía de la conciencia basada en

6 Una discusión más profunda al respecto se encuentra en *Grupo de desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública- Salud pública: hacia una ampliación de la razón-* Ponencia ante el VI Congreso Latinoamericano y VIII Congreso Mundial de Medicina Social.

7 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1988.

el cálculo y manipulación del vigilante. Lo fundamental es que se descubra la racionalidad de la conciencia del sujeto individual y social que produce su saber y busca en la ciencia la ampliación de éste, dirigido a la acción.

El vigilante-epidemiólogo es, entonces, un intérprete comprensivo que apoya la acción de los sujetos en situación. Igual papel creemos que debe cumplir el epidemiólogo crítico, ya que, en primer lugar, necesita interpretar y traducir los requerimientos de los sujetos que luchan por su salud, para, en segundo lugar, explicarlos, con miras a apoyar el avance real de esa lucha y de la salud de la población, mientras su conocimiento avanza desde un concreto sensorial a concreto de pensamiento. En esta forma, consideramos que se podría superar aquella falsa dialéctica de la subjetividad que anula la objetividad,⁸ pero al mismo tiempo respetaríamos el método de la ciencia que se constituye en cuanto proceso de abstracción, así como la práctica que avanza en cuanto política. La racionalidad inherente a la acción comunicativa posibilitaría la intercomunicación y dinamización de los dos ámbitos, así como evaluar la verdad, la eficacia y la ética científica y política del quehacer en salud.

Lo anterior nos lleva a pensar que es imposible aquella separación entre teoría, acción comunicativa y vigilancia epidemiológica. La teoría epidemiológica que no valide sus propuestas en el mundo de la vida termina aboliendo la objetividad en la falsa dialéctica de la subjetividad, mientras que la vigilancia que no valide sus propuestas en el mundo de la vida termina aboliendo la objetividad en el cálculo del poder direccionado por fuerzas, que, por lo general, se hallan ligadas con el sistema dominante. La vigilancia unida a la acción social necesita el pensamiento crítico epidemiológico; la epidemiología crítica unida al mundo de la vida a través de la vigilancia avanza y apoya el hallazgo de potencialidades.

La separación entre el epidemiólogo crítico y el epidemiólogo práctico o vigilante nos sirvió únicamente como una figura explicativa que al remarcar predominancias que se dan en la vida real pretende hacer un llamado para que la epidemiología crítica y su práctica de vigilancia cada vez más se encuentren en los procesos de construcción de la salud colectiva.

Repensando la vigilancia

1. La vigilancia convencional y no convencional

La vigilancia epidemiológica ha tenido un desarrollo que corresponde, por un lado, al movimiento de los paradigmas generales alrededor de la problemática sanitaria, y de forma especial a la manera como las aplicaciones técnico-instrumentales de las mismas se han insertado dentro de las acciones y políticas sanitarias a través de la historia.

Ligado con la manera de ver la salud y la enfermedad, se han desarrollado los parámetros, normas, criterios e instrumentos que especifiquen tal visualización en el sentido de reconstruir cómo ocurre, por qué ocurre, cuándo, a quiénes les sucede y en dónde se da la afectación, el mal, la enfermedad.

En cuanto la enfermedad fue territorializada en el cuerpo y el cuerpo se hizo asequible a la mirada, se establecieron primero las morfologías fijando las funciones y luego se tipificaron las variaciones de los patrones de organización y, por tanto, los cambios en la función, extendiendo desde allí no solo una descripción sino una explicación de lo que la reconstrucción de las historias había permitido tipificar en cuadros mórbidos y guías terapéuticas.

Así mismo, el ambiente fue clasificado y relacionado con la ocurrencia o no de los patrones de cambio.

8 Rojas, C. Orellana, T. y Mera, P. Los lugares creados por la libertad. Cuenca: Universidad del Azuay; 1993.

Sobre estos puntos se cimentó la normatividad y se organizó la policía médica, se definieron los alcances de la teoría contagionista y finalmente, con un horizonte de visibilidad más amplio, se organizó una teoría patológica y clínica que abrió paso a lo social, económico y político con Virchow.

Desde la fisiopatología, progresivamente, se han erigido los patrones estándar de comportamiento y desde allí las nociones de normatividad y, por extensión, las de normalidad. Igualmente, desde la clínica se han ido reformando los patrones que permiten convertir en tal o cual entidad nosológica a las distintas combinaciones de signos y síntomas y aquí también los parámetros, las reglas para reconocer, para monitorizar, vigilar y controlar se han difundido como parte del arsenal diagnóstico y terapéutico de los médicos.

La epidemiología muy ligada a la clínica, pero en tensión permanente hacia lo social y lo político, ha identificado dentro de los modelos unicausal, multicausal, de la triada ecológica y de la teoría del riesgo aquellos aspectos que en la biología y el comportamiento del individuo, el agente etiológico, el comportamiento social y la capacidad de respuesta del aparato de salud, pueden ser removidos, reforzados, antagonizados, suplidos o posibilitados a fin de mantener las condiciones que permitan la expresión y la repetibilidad de los estándares establecidos para la salud y la enfermedad.

La vigilancia epidemiológica como recurso que sistematiza el conjunto de factores críticos a ser controlados para mantener niveles de salud o para mantener a raya a la enfermedad no ha podido desenguadrarse de los marcos que orientaron los primeros desarrollos de la clínica.

En el campo de la política, la vigilancia nace con fuerza como recurso de erradicación, de control y contención para los problemas de salud que afectan los ritmos de explotación de los recursos naturales en Asia, África y América y, desde

allí, la idea central no ha cambiado. Se ha ampliado la instrumentación para lograr mayor oportunidad, menor costo, mayor sensibilidad y especificidad y se ha vertebrado en los últimos 30 años con énfasis la organización de sistemas de información.

En la actualidad, se habla de una vigilancia convencional que representa la continuidad y actualización permanente de lo referido, que se articula en los sistemas de información con un referente exclusivo en el Estado afanoso de construir imágenes epidemiológicas y en el que no existen sino recursos institucionales que procesan datos para quienes el mundo de la política resulta externo y para quienes solo es factible la respuesta técnica.

La vigilancia no convencional por su parte, con un amplio desarrollo en los últimos 30 años, no escapa a la lógica general, principalmente en las versiones del Lay reporting, cuya finalidad es complementar el sistema general de información, partiendo de una flexibilización en los criterios, sujetos e instrumentos de registro.

Tan solo en experiencias locales y subregionales, entre las que destacan la del CIET, las propuestas de Pedro Luis Castellanos, las del CEAS y de Alberto Narváez en Ecuador, en las cuales se viene replanteando desde diferentes y complementarias perspectivas una búsqueda dentro de la cual se inscribe la presente propuesta, porque la vigilancia pase a ser un recurso en que la colectividad tome la palabra de manera integral y en función de acciones de intervención efectivas frente a su realidad sanitaria.

2. La vigilancia como espacio

2.1. La visión

En consideración a las reflexiones precedentes, lo que se intenta en este momento es enfatizar que la vigilancia epidemiológica en la medida en que se puede considerar un campo de acción, tanto para conocer como para actuar en salud,

puede contribuir al desarrollo tanto de procesos constitutivos de sujetos sociales críticos en pos de una transformación profunda de la realidad sanitaria como a tensionar aún más la producción de conocimientos en salud con un carácter transdisciplinar y con mayores niveles de concreción en el horizonte de lo histórico real.

La vigilancia epidemiológica como espacio de acción no solo que permanentemente exploraría el máximo de posibilidades que ofrece la epidemiología crítica y sus distintos niveles de operacionalización, junto a los aportes de otras disciplinas como la antropología, la sicología, sino que principalmente contribuiría a la construcción de la viabilidad de las acciones tendientes a enfrentar los problemas de salud.

En ese proceso se instalarían, más como una herramienta de sistematización y monitoreo permanente sobre las regularidades epidemiológicas, las formas como se organizan las prácticas sociales y sobre todo los criterios para captar a cada momento los elementos no solo estructurados, tanto como los estructurantes de lo actual y lo futuro al servicio pleno de los sujetos sociales involucrados. La vigilancia se constituye en un espacio de acción, en el que es posible forjar distintos momentos de producción de conocimientos de mayor o menor extensión que presidan y precedan la acción de conocer y de transformar. Estamos diciendo que la acción de sistematizar, históricamente prevaleciente y herramienta fundamental para actuar, llamada hasta ahora vigilancia, debe acercarse a ser un espacio óptimo para que se catalicen las interacciones entre ciencia y política alrededor de la salud.

A fin de asumir un espacio que no solo está dado, sino dándose —la vigilancia epidemiológica— es preciso reflexionar sobre el objeto de la vigilancia, el sujeto y sobre el cómo pueden conquistarse las posibilidades del tal espacio de acción.

Para tal efecto, la matriz de espacios de vigilancia constituye un instrumento en el cual se asientan los diferentes dominios de la realidad, así como distintos niveles de estructuración y expresión de los fenómenos a través de los cuales leer las formas de determinación y condicionamiento de la realidad sanitaria y así mismo delinear los procesos, relaciones y eventos susceptibles de vigilancia.

En efecto, es posible vigilar únicamente los aspectos más superficiales que hacen referencia a lo fenoménico o relaciones funcionales de la problemática sanitaria o se pueden vigilar determinantes más profundos que se relacionan con los comportamientos culturales, políticos y organizacionales de la sociedad. Por último, es posible proponer la vigilancia de los procesos más profundos, relacionados con los determinantes estructurales sociales o biológicos.

También es posible que únicamente se intenten vigilar los aspectos específicos de la problemática o se plantee una vigilancia más extensa que englobe los aspectos particulares y generales.

Incorporando los planteamientos sobre planificación estratégica de Matus,⁹ Rovere¹⁰ y Testa¹¹ y los desarrollos del CEAS en epidemiología, aparecen las relaciones que se muestran en la siguiente matriz de análisis:

9 Matus, C. *Planificación de situaciones*. México: FCE; 1983.

10 Rovere, VI. *Planificación de recursos humanos en salud*. Lima: OPS; 1992.

11 Testa, M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso de salud)*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-Representación de Argentina; 1989.

El “espacio” de la vigilancia epidemiológica de la diarrea

Niveles	Espacios		
	C. General	B. Particular	A. Específico
D. Relaciones funcionales (flujos)	3	2	1
E. Acción comunicativa poder sujeto	6	5	4
F. Leyes fundamentales Procesos estructurales	9	8	7

Es importante hacer una breve explicación sobre los hechos o contenidos que hacen parte de cada casillero y paralelamente se presentarán aspectos que pueden ser vigilados, sobre cuyas relaciones existe un buen acumulado desde la investigación o que se plantean para ser desentrañados mediante la acción.

Casillero Nº 1. Es el espacio en donde es posible encontrar productos o flujos individualizados que se sintetizan en la siguiente forma:

a) Las expresiones de salud y enfermedad individuales medibles a través de distintos indi-

cadore que han sido producidos por la clínica o por los modelos explicativos populares regionales.

En esta parte aparece lo que “dicen” los sujetos frente a cómo perciben y se explican los problemas de salud-enfermedad, modo de comprensión que puede ser sistematizado así:

- Lo que existe sobre diagnósticos y señales que sustentan una u otra clasificación. Incluso la ausencia del problema.

Clasificaciones o taxonomía popular con sus respectivas señales de identificación.	Clasificación etiológica Clasificación fisiopatológica Clasificación clínica Semiología-laboratorio
--	--

- Parámetros para reconocer predisposición individual y familiar a la vulnerabilidad o resistencia.

Identificar en lo físico, en lo emocional, en lo ambiental, sociocultural, lo que se establece como predisponente.

- Parámetros para valorar el curso de un problema sanitario, o que las condiciones existentes no parece que anuncien la presencia de éste.

Identificar señales de alerta de agravamiento, de complicación, de necesidad de acudir a los distintos sujetos de la red.

- Valoración sobre el problema o la ausencia del mismo.

Temores que suscita, preocupaciones más importantes. Sanción familiar e individual tanto positiva como negativa. Valoración de acciones.

- Explicaciones a las que se les da más peso para la ocurrencia de los problemas o para evitarlos.

De corte empírico y científico técnico:

Alimentos. Calidad, cantidad, combinaciones, frecuencias, horarios, relación con la edad.

Agentes. Físicos, químicos, biológicos.

Factores ambientales

Factores emocionales

Desbalance entre frío y calor

Dependiente de la organización y relaciones familiares, sociales, políticas y culturales.

De corte mágico y religioso:

Sobrenatural

Posesión

Embrujamiento

Mal de ojo

Impureza

Mala conducta moral

Deudas pendientes

Estructura, función e importancia del mundo simbólico: mito, cosmovisión.

b) Las *expresiones* de acciones individuales dirigidas a enfrentar los problemas o a mantener acciones de protección que son impulsadas por el individuo y su familia. Además, las acciones individualizadas y familiares que pueden incorporar saberes y recursos gestados desde la terapéutica tradicional y formal (formas de tratamiento y prevención específico).

- Patrones de búsqueda y contacto con los diferentes sujetos de la red, en relación con el tipo de problema convocante. Frente a los sujetos e instituciones del nivel formal legalizados, del informal no tradicional y del informal tradicional, debe establecerse si se acudió, qué atención se recibió y qué resultado obtuvo.
- Patrones de comportamiento en cuanto a tratamiento específico.

c) Organización de toda esta información como indicadores individuales, que desde el saber popular y desde los servicios entran como datos a los sistemas de información. Sistematización consensual de aquellos aspectos que mediante la comunicación permanente se pueden incorporar como elementos críticos en la orientación de los procesos de aprendizaje y para las prácticas.

Casillero Nº 2. Está integrado por los siguientes componentes:

a) Síntesis de expresiones de salud-enfermedad que aparecen como problemas, o valores protectores de grupos que se diferencian por su sexo, edad, ciclo vital, clase social, trabajo, etnia, género, zona geográfica en la que viven, momento o tiempo histórico, etc.

Aquí aparecen los parámetros de percepción de presencia, de predisposición, de alerta de gravedad y complicación, de sanción socio-cultural y de temores, en relación a la vulnerabilidad y protección en un nivel más colectivo, frente a la problemática sanitaria.

b) Acciones coordinadas o conectadas que ofrecen los sistemas formales e informales de salud y que se expresan en planes y las acciones organizadas desde los servicios de salud formales, aquellas que son producto o expresión de los modelos explicatorios populares sobre la salud y la enfermedad, los patrones de percepción sobre este proceso culturalmente interiorizados, los patrones de búsqueda de apoyo y las modalidades de tratamiento establecidos desde la colectividad. Es decir, valoramos en lo colectivo y desde los sujetos de la red los modelos de interpretación, comprensión, resolución y la respectiva valoración tanto de las acciones que promueven la prevención y preservación como las que se emprenden una vez que presenten los problemas.

c) Deben destacarse aquí los datos colectivos que ingresan como indicadores o datos sueltos al sistema de información. Así mismo los flujos que recorre la información, en términos de problemas en el procesamiento de la misma. En este nivel, es fundamental la producción de consensos entre los diferentes sujetos sociales, para definir no solo la información, sino el valor y tipo de utilización de la misma en la organización de la práctica.

Casillero Nº 3. Está integrado por:

Las *expresiones* estructurales y supraestructurales más generales de la naturaleza, la economía, la sociedad, la política y la ideología. Por ejemplo, las expresiones de la naturaleza, los presupuestos generales del Estado, las expresiones de las políticas y normas generales, lenguaje e ideología global. Se incluyen los grandes indicadores que producen la imagen epidemiológica de un país.

Casillero Nº 4. Está integrado por el lenguaje y poder o fuerza individual que es posible ubicarla en dos aspectos:

a) Saber individual, voluntad individual, capacidad fisiológica individual y usos potenciales de los recursos individuales que son mo-

vilizados por dichas voluntades enmarcadas en un lenguaje. Es el nivel en donde estas acumulaciones posibilitan el apareamiento de los flujos individuales del casillero N° 1. Es un nivel privilegiado que permite comprender los saberes, interpretaciones y acciones que desarrollan los individuos frente a su problemática sanitaria.

En relación con todos los criterios que se expresan en el casillero 1 interesa en particular estudiar cómo es el conocimiento de los sujetos que sustentan tales expresiones y qué valoración tienen de las posibilidades de aplicación de tal conocimiento. Veamos lo que sucede si aplicamos una matriz de indagación a un problema sanitario en función de procesos relacionados con el deterioro en el consumo básico.

Aspectos relacionados con el problema en cuestión	En qué estado se encuentran esos aspectos en relación con su vida familiar	Conoce y cómo es la relación producción de sentido	Qué hace para modificar positivamente la relación	Qué debe cambiar para que estos aspectos mejoren o desaparezcan
Agua				
Alcantarillado				
Situación de recolección de basura				
Parásitos				
Otros agentes biológicos				
Otros agentes físicos, químicos				
Alimentación				
Vientos				
Relación frío-calor				
Lactancia				
Lavado de manos				
Hervir agua				
Educación sanitaria				
Control médico				
Sobrenatural				
La moral				

b) A más de valorar en este casillero las condiciones, el mundo de la posibilidad de los saberes y prácticas de los individuos y familias, debe especificarse esto en relación con los

diversos sujetos formales e informales que entrarían en lo que denominamos la red de atención.

Tipo de sujeto e institución	Existe en la localidad tal sujeto	Ha utilizado el servicio y cómo lo selecciona	Qué espera del sujeto e institución	Qué respuesta ha obtenido y qué debe cambiar	Relaciones de poder, apertura de procesos de comunicación
Formal legalizado Médico, enfermera, promotor, otros Unidad de rehidratación oral Puesto, centro de salud, consultorios particulares, farmacia, hospital, otras					
Informal no tradicional Tendero, boticario, otros					
Madre, otro familiar, vecinos, agentes tradicionales					

Igualmente debe relacionarse en este punto la valoración de los procesos más generales tanto de la localidad como de la región que se traducen en formas organizativas, políticas, culturales, religiosas que tienen capacidad de

relacionarse con la problemática sanitaria, explorando su grado de permeabilidad, interés y los mecanismos que adopta para insertar en su dinámica estas redes problemáticas y resolutorias.

- c) Las condiciones que genera el equilibrio entre los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos, el estado nutricional y la concurrencia o no de otras enfermedades, que desde la población se traduce en percepción o no de bienestar y que está referido a las condiciones específicas de vida y de trabajo.
- d) En relación con la vigilancia, debe revisarse los procesos de comunicación entre individuo y familia y de éstos con la comunidad y los sujetos de la red, que permite establecer códigos comunes, o códigos no comprensibles y que en última facilitan el proceso de recolección procesamiento y posterior utilización de la información que existe alrededor de los problemas sanitarios, sea desde el saber popular, como desde los servicios de salud.

Casillero N° 5. Está integrado por los saberes, acción comunicativa, poderes y fuerzas coordinadas en el campo de la salud:

Saber, ciencia y tecnología en salud. Recursos financieros y materiales en salud formales e informales. Voluntad social organizada en las instituciones y organizaciones de salud. Constituye un espacio fundamental para la comprensión de la problemática sanitaria. A más de los conocimientos “científicos” y las técnicas propias del

modelo médico hegemónico, en este espacio se producen y reproducen los patrones de percepción de las enfermedades, los modelos explicativos, los patrones de búsqueda de apoyo y las modalidades de tratamiento específico. Es, por otro lado, el espacio en el que pueden encontrarse las potencialidades de imbricación, respeto y diálogo entre las diversidades de los conocimientos y prácticas formales e informales.

- a) Debe valorarse aquí en particular la existencia, la ubicación, los costos, las acciones previstas que tienen los distintos sujetos e instituciones frente a los problemas específicos y frente a las necesidades de salud en general de la comunidad.
- b) En lo que tiene que ver con el nivel formal legalizado, debe observarse todo el proceso de oferta. Ver cuadro sobre *organización de la oferta*.
- c) Las relaciones entre los miembros de la red.
- d) Estructura del sistema de información, posibilidades en términos de recursos, personal, presupuesto para que éste funcione en todos sus momentos. Apropiación por parte del personal de los mecanismos, la utilidad e importancia sobre el mismo. Finalmente, debe estudiarse cómo el conjunto de sujetos de la red sistematiza su conocimiento y acciones y cómo lo comunica.

Organización de la oferta

Elementos de la oferta	<p>Formal legalizado</p> <p>Médico, enfermera, promotor, otros</p> <p>Unidad de rehidratación oral</p> <p>Puesto, centro de salud, consultorios particulares, farmacia, hospital</p>
<p>Historia en el sector, ubicación geográfica</p> <p>Relaciones de poder</p> <p>Procesos de participación intra y extrainstitucional</p> <p>Liderazgo</p> <p>Articulación con procesos políticos, culturales y sociales más amplio</p>	
<p>Eficiencia:</p> <p>Suficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos físico-instrumentales • Recursos económicos <p>Adecuación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operativa • de volumen • de cobertura <p>Concentración</p> <p>Rendimiento-precisión de conducta</p> <p>Índice de continuidad</p>	
<p>Eficacia</p> <p>Recuperación</p> <p>Índice de satisfacción</p>	

Casillero N° 6. Acción comunicativa, poder político, administrativo (capacidad de disposición y manejo de recursos materiales) e ideológico generales.

Es importante tomar en consideración que desde este espacio se generan las fuerzas más importantes para la organización de los conocimientos, actitudes y prácticas poblacionales relacionadas con la problemática sanitaria. Desde este nivel se legalizan y justifican dichos procesos así como se apoya su posible transformación. En este espacio se encuentran imbricados muchos de los elementos culturales propios de la comunidad dentro de la ideología más amplia del sistema, sin embargo, es posible descubrir respuestas de pensamiento, saber y acción que se relacionan en mayor medida con lo que ocurre en la colectividad y que, además, responde a sus tradiciones. La acción comunicativa tiene que necesariamente trabajar en este espacio con mucha fuerza si es que intenta lograr consenso.

Casillero N° 7. Leyes biológicas que aparecen como feno y genotipo. Además, los determinantes de reproducción familiar privada e individual que pueden actuar en el cambio de la problemática sanitaria.

Se privilegian aquí las estrategias de vida, entendidas como perfil reproductivo, estructura familiar, jefatura familiar, cooperación extrafamiliar y, en general, como se organiza la práctica social doméstica. Así mismo, la manera como la pedagogía institucional e integrada puede efectivamente concurrir para moderar los procesos de aprendizaje y contribuir a constituir lo que se denomina la cultura somática.

Casillero N° 8. Leyes epidemiológicas y de la práctica social en salud. Además, las regularidades descubiertas por la antropología médica en la producción del saber comunitario sobre la salud-enfermedad.

a) Asignación de importancia, asistencia técnica y presupuesto a las instituciones y sujetos

formales legalizados que trabajan en salud.

- b) Condiciones de vida y de trabajo de tales sujetos.
- c) Escuelas de formación, procesos de actualización y de asesoría en las distintas áreas del conocimiento médico.
- d) Inserción social de la población, condiciones de trabajo y consumo.
- e) Características de la pedagogía institucional e integrada y sus lineamientos en relación con la salud y la enfermedad.
- f) Normalización y posibilidades de aplicación del sistema de vigilancia epidemiológica.

Casillero N° 9. Leyes generales de carácter social y natural que gobiernan la producción de la realidad y del mundo del significado humano social.

Los casilleros 1, 4, 7, (ámbito de lo *específico*) son los espacios fundamentales de la clínica y de la medicina familiar. Mientras que los espacios 2, 5, 8 (ámbito de lo *particular*) pertenecen a la salud pública o medicina social. El cruce del ámbito de lo particular con la acción comunicativa y las relaciones de poder, casillero N° 5, conforma el espacio privilegiado, en el que es posible descubrir y acumular fuerzas para la acción en salud colectiva en general y para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en particular; es el casillero donde se cruzan las prácticas sociales en salud que nacen en la sociedad civil y que vienen desde el Estado, donde se enfrentan los discursos formal y popular, donde se integran predominantemente ciertos conocimientos, acciones y recursos reconocidos como válidos por parte de la sociedad y del modelo médico hegemónico y se dejan de lado otros. Es, en otras palabras, el espacio en el cual es posible luchar por integrar nuevos elementos y dinámicas que se forjan en los otros casilleros con miras a elevar la calidad de vida y salud de la colectividad. Al mismo tiempo, desde este casillero es factible apuntalar la constitución y avance de los procesos que se desarrollan en los otros casilleros.

Se interpreta que un sistema de vigilancia epidemiológica integral debería estar en capacidad

de vigilar los nueve casilleros del gráfico. De otra forma, llevaría a cabo una vigilancia de carácter parcelario. *Es obvio indicar que la vigilancia no depende únicamente de las posibilidades de “ver” el problema de salud en todas sus relaciones, sino que depende también de la capacidad de actuar o intervenir sobre el mismo.* Así, la vigilancia de las relaciones más superficiales, fenoménicas o funcionales (casilleros 1, 2, 3) puede ser cubierta con los recursos técnico-administrativos disponibles en las instituciones convencionales de salud (especialmente 1 y 2), adaptando algunos métodos y técnicas que permitan registrar el saber popular, requiriéndose tan solo su dinamización y eficientización. En cambio, la modificación o intervención sobre los determinantes de dichos problemas entraña la movilización de recursos que se hallan no únicamente en las relaciones institucionales existentes sino también en las posibilidades concienciales, culturales, organizativas y de movilización individuales y colectivas de la población y del personal formal de salud (casilleros 4, 5, 6), así como en cambios estructurales (casilleros 7, 8, 9).

En el marco de definición de los espacios de vigilancia, pasamos a continuación a especificar lo que sería exactamente el objeto de la vigilancia, los sujetos que participan, los recursos e instrumentos, los espacios y momentos para vigilar.

2.2. Acerca del objeto de la vigilancia

2.2.1. Consideraciones generales

En relación con el *objeto* es fundamental buscar la mayor posibilidad de conocimiento sobre su estructuración histórica y aquí el paradigma de la determinación con sus múltiples formas de articulación procesual se constituye en el mejor instrumento para lograrlo. Sin embargo, es necesario, más allá de los aportes que pudieran hacer las múltiples disciplinas concitadas alrededor de la realidad sanitaria, asumir que el concreto representado, con las posibilidades que ofrece una totalidad significativa, deja por fuera lo que pudiera ser el mundo de la indeterminación,

tanto en el vector pasado-presente como en el del presente-futuro. Pero dejar por fuera, antes que carencia e impotencia, es constructor de identidades alrededor del papel de presidir y preceder la acción por parte de la epidemiología y sobre todo advertir que el mundo de sentido, que es fundamental en la constitución del sujeto, es activo cambiante e impredecible.

De otro modo, el hecho de ver más no agota la posibilidad frente a lo invisible que por serlo no es menos real, lo que vemos y no vemos se conjuga en el mundo de la vida, en el que lo conocido, lo sancionado social y culturalmente y lo sentido desde los individuos, los géneros, las etnias y los grupos sociales se funden en la práctica apuntando proyectos, incorporando las variaciones, las intersubjetividades, las bifurcaciones y los acontecimientos a través del lenguaje.

El objeto no puede aparecer dado, sino dándose permanentemente y la vigilancia tratará de aprehender las tendencias, los nudos críticos, el mayor número de regularidades, para aportar en la construcción desde la práctica tanto a los sujetos sociales como a su propio quehacer, sistematizando, asumiendo momentos diferenciados de producción de conocimientos atravesados permanentemente por la posibilidad de comunicación y socialización.

Hasta el momento, solo es vigilado el fenómeno epidemiológico, ya sea como evento mórbido, o como recurso humano y material, o como medicamento, o como población que tiene conocimientos y prácticas en salud y todos estos aspectos constituyen el objeto de la vigilancia. A la luz de la matriz de espacios de la vigilancia, el objeto debe ser replanteado.

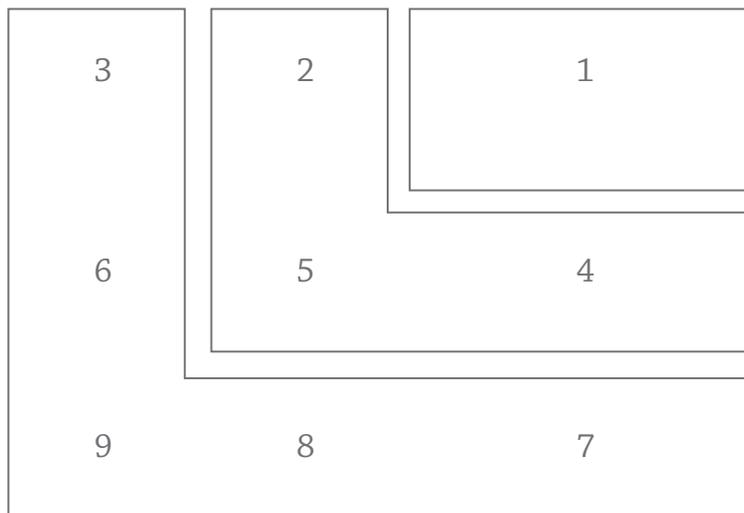
2.2.2. Construcción y ampliación permanente de una totalidad significativa

Esto implicaría la construcción de las relaciones de determinación y condicionamiento, por un lado, pero, por otro, el acercamiento al mundo de lo indeterminado, de lo imprevisible.

Todos estos elementos se despliegan a manera de relaciones integradas a través de la matriz de los espacios de la vigilancia.

Esquema general

Se esboza aquí la dirección predominante en que se hace la lectura de las relaciones de determinación y condicionamiento de la problemática sanitaria.



Representamos el hecho de que la lectura de determinación y potencialidad se hace en dos sentidos, desde lo más extenso y profundo hasta lo más singular y fenoménico, y en el sentido inverso. Habiendo una relación de determinación en el primer sentido y una de condicionamiento en el sentido inverso. Esto implica que las determinaciones no actúan de manera mecánica, sobre la ocurrencia de los hechos, sino que enmarcan el mundo de la posibilidad y de la acción de los sujetos sociales que enfrentan un problema específico. Las relaciones de condicionamiento expresan justamente que las determinaciones y las relaciones causales encuentran en el desarrollo de la vida real situaciones que modifican y especifican.

Procesos específicos relacionados en niveles de extensión y profundidad con el fenómeno sanitario

Una vez definidos los ejes de lectura de la problemática sanitaria, en tanto fenómeno, determinación, condicionamiento y potencialidad, pasemos a examinar las relaciones fundamentales que pueden ser comunes en el análisis de cualquier problema de salud y que nos van marcando más específicamente lo que puede ser el objeto de la vigilancia.

Construcción de la estrategia de comprensión, resolución y validación frente al proceso salud-enfermedad

Condición de vida y trabajo Marcos socioculturales Procesos de aprendizaje y reproducción del conocimiento Pedagogía integrada y pedagogía institucional Racionalidad científica Saber popular	Estrategia Comprensión Resolución y validación Cultura somática	Modelos de comprensión Patrones de percepción Aproximación causal y explicativa Valoración, sanción sociocultural y afectiva Modelos de resolución Redes de apoyo Tratamientos específicos Formas de validación Eficacia material y simbólica	Taxonomía popular incluye señales de reconocimiento, de curso, de resistencia y protección Taxonomía científica Clínica etiológica Fisiopatológica Formas sincréticas	Proceso salud-enfermedad
---	--	---	---	--------------------------

Éste es uno de los procesos fundamentales que se estaría construyendo y especificando con la población, los agentes de los diferentes niveles de la red y los distintos sujetos involucrados.

Estructuras y contenidos de los procesos de aprendizaje

Establecimiento de las relaciones, tanto con la ocurrencia distribución y valoración de la problemática sanitaria como con las condiciones en las cuales se forja el aprendizaje.

1. Caracterización de las formas y contenidos actuales de la pedagogía institucional, pedagogía integrada, alrededor de la salud y la enfermedad.
2. Mecanismos de transmisión, reproducción y validación de saberes y conocimientos.
3. Acceso de la población, de los agentes tradicionales y no tradicionales a espacios de reproducción del saber y del conocimiento.

4. Definición del impacto del aprendizaje en la construcción de la estrategia de comprensión, resolución y validación frente a sus problemas sanitarios.

5. Espacios reales de comunicación, producción de consensos y elaboración de contextualización y comprensión de la realidad.

Acciones y organización de las acciones de los diferentes agentes de la red. Condiciones de estructuración, interacción y reproducción de la red y sus relaciones. Estructura y procesos de los servicios formales de salud

1. Identificación de las expresiones para medir su problemática sanitaria a nivel colectivo, y las acciones que se desarrollan en torno a ésta.
2. Caracterización de la oferta y de los procesos de trabajo de cada uno de los agentes de la red, en cuanto a formas y contenidos.
3. Caracterización de las condiciones de vida y

trabajo de los agentes y de los marcos económicos, técnico-administrativos y normativos, que definen las acciones de los sujetos e instituciones.

4. Especificación de los procesos de formación de los sujetos, y de reproducción y validación de los conocimientos y prácticas de éstos.
5. Sistema de contradicciones, fortalezas, debilidades en las relaciones institucionales del Estado.
6. Marcos normativos, espacios de legitimación.

Las relaciones que se pueden establecer al caracterizar en su configuración a todo este proceso son múltiples, pero interesa observar:

- Cómo impacta esta red la prevalencia de los problemas sanitarios, de sus complicaciones y el curso que sigue la salud-enfermedad en las colectividades.
- De qué manera la red está aportando en la configuración de los saberes y prácticas de la población, qué tipo de procesos sincréticos se están estableciendo.
- Estructuración de la oferta, adecuación entre oferta y demanda. Espacios potenciales desde la oferta.
- Cómo se inserta esta red en el proceso de aprendizaje.
- Cuál es el grado y el tipo de articulación entre los saberes y prácticas de esta red con los procesos de participación, organización más amplios en términos gremiales, políticos, culturales, sociales y religiosos.

Estructuras mediadoras en la vida familiar entre lo social general y particular con los procesos de configuración de saber y de práctica y como escenarios de concreción de los contenidos del aprendizaje

1. Estrategias de vida entendidas como perfil de reproducción biológica, estructura fami-

liar, jefatura familiar y cooperación extrafamiliar, patrones de inserción laboral y de distribución de ingresos y bienes de consumo.

2. Práctica social doméstica, como el contenido y distribución de las tareas de gestión, ejecución y socialización alrededor de la reproducción biológica y social de la familia.¹²

Se observará la manera como estos aspectos modifican el proceso de estructuración de saberes y prácticas alrededor de la salud-enfermedad. Y al mismo tiempo, este cuerpo de saberes y prácticas cómo actúan como espacio posible para la transformación de las condiciones de vida familiar y cotidiana.

Esto es, explorar los espacios familiares como verdaderos soportes u obstáculos para el desarrollo del saber y la práctica de la familia frente a todas las condiciones que se convierten en protectoras o predisponentes tanto para que se presenten y de qué manera los procesos saludables, o para sortear las debilidades, amenazas, vulnerabilidades a tales procesos.

En particular, valorar tanto el conocimiento como la posibilidad de ejercer adecuadamente, por ejemplo en el caso de enfermedades de la infancia, la lactancia materna, el lavado de manos, la alimentación complementaria, hervir el agua, combinar adecuadamente los alimentos, organizar adecuadamente la alimentación, socializar críticamente conocimientos al interior de la familia, hacer efectiva la demanda de manera adecuada frente a los agentes de salud de la red.

Papel que juegan los sistemas de comunicación y vigilancia epidemiológica a nivel individual familiar y comunitario en relación a los problemas de salud

1. Caracterización del sistema, en cuanto a fuentes de información, formas de registro, procesamiento y utilización.

12 Una amplia discusión sobre estos conceptos se encuentra en Breilh, J. *La triple carga*. Quito: CEAS; 1991.

2. Caracterización del sistema en relación con los sujetos que lo producen y utilizan. Los agentes formales que conocen y qué actitud tienen frente al sistema de información.
3. El sistema de códigos, entre la población y los distintos sujetos de la red, cómo está organizado, qué papel juega, qué limitaciones y potencialidades tiene.
4. Sistematización de criterios para la elaboración de instrumentos que permitan actualizar y modificar permanentemente el procesamiento de información.

Se busca relacionar estos procesos con:

- La organización y evaluación de acciones de los agentes de salud.
- El proceso de configuración de saberes y prácticas y de las condiciones que le determinan.
- El proceso de aprendizaje de la población.

Organización de los patrones de vida y trabajo

1. Establecimiento de los patrones trabajo y consumo de los grupos sociales de las comunidades y de la representación y valoración existentes sobre estos aspectos de la vida reproductiva.
2. Hallazgo de la relación entre éstos y los procesos de vida familiar y cotidiana.
3. Caracterización de la relación con el acceso a las redes de pedagogía institucional y a los diferentes niveles de la red.
4. Estudio de los patrones de acceso al conjunto de factores de tipo público y privado presentes en los barrios. Agua, luz, alcantarillado, transporte, recreación, etc.

Aspectos privilegiados del objeto a vigilar: los nudos críticos

Una vez establecido este marco relacional, debe definirse aquello más específico que realmente puede ser vigilado sin perder la capacidad explicativa y manteniendo la capacidad de cambiar

los fenómenos sanitarios que se presentan como problema a resolver.

La planificación estratégica nos plantea un concepto bastante útil que podemos desarrollar para la vigilancia, cual es el de *nudo crítico*, que se refiere a aquellos aspectos que se encuentran en o entre los casilleros y que se caracterizan por su gran capacidad de concentrar determinación y explicación sobre el fenómeno, a tiempo que concentran opciones de viabilidad y direccionalidad para que, al ser identificados, vigilados y modificados, se intervenga sobre aquel fenómeno sanitario definido. A manera de ejemplo, tomando el caso de la diarrea, la disponibilidad y adecuada utilización de alimentos, que se encontraría como condición y valoración en el casillero número 4, *concentra* determinación y explicación de cómo la pedagogía integrada e institucional (casillero 7 y 8), la estructura familiar, y las condiciones de trabajo y consumo (casillero 8 y 9) modifican tal disponibilidad y adecuada utilización de alimentos y, al mismo tiempo, este aspecto alimentario *concentra opciones de viabilidad y direccionamiento* en relación con la incidencia y prevalencia de la diarrea, así como también afecta el curso de la misma y las posibilidades de recuperación adecuada.

Esto significa que la vigilancia fenoménica de la diarrea debe estar acompañada de la vigilancia del nudo crítico que determina, explica, direcciona y posibilita cambio en el fenómeno: disponibilidad y adecuada utilización de los alimentos.

2.2.3. Los sujetos en el proceso de vigilancia

En los modelos convencionales, el personal formal de salud es el encargado de diseñar, ejecutar, evaluar y utilizar el sistema de vigilancia. La población solo emerge a través de lo que fue desarrollándose como *lay reporting*, que durante muchos años buscaba incorporar a la población, concretamente a promotores y auxiliares que pudieran notificar con la ayuda de guías simplificadas de reconocimiento de enfermedades a los espacios formales de vigilancia.

A nivel del mismo sistema formal ha habido una división vertical que separa a los niveles centrales de los ministerios que diseña, analiza y utiliza la información, del personal local que ejecuta y pocas veces o nunca utiliza.

Los sistemas no convencionales han venido contribuyendo a que en el marco de los nuevos modelos de atención haya un papel más protagónico del personal local de salud y aumenta la preocupación porque exista una mayor interacción entre personal de los servicios y población. Con todo, estas experiencias siguen otorgando un papel un tanto pasivo a la población y ésta no participa sino más bien como sujeto complementario que en el caso de los sistemas de información contribuye a recabar la información que el sistema no puede captar por su cuenta.

Con todo lo positivo que estos intentos representan, consideramos que el valor de la información y los contenidos mismos son aspectos sustanciales de la vida comunitaria y que por ello revalorizar y reubicar el papel de la información y su procesamiento al interior de los espacios de socialización de la población, es fundamental para contribuir a activar y reforzar procesos de participación y de efectivización de los servicios.

Por lo anterior, dentro de los sujetos, en esta propuesta se le asigna un papel importante a la población y a sus expresiones formales, así como a los agentes informales tradicionales y no tradicionales presentes en ellas.

La matriz de espacios de la vigilancia nos permite ir ubicando en cada casillero los distintos sujetos, papeles, responsabilidades y aportes que pueden hacer desde su práctica a un proceso de vigilancia, en donde el mismo hecho de vi-

vir la salud-enfermedad y los modos de enfrentamiento genera los saberes y prácticas que les convierte en sujetos activos quienes a partir de un proceso más sistemático de comunicación pueden intervenir en las acciones para resolver los problemas sanitarios, ya sea directamente en la familia y la comunidad, o concitando los esfuerzos institucionales para que éstos sean más contextualizados y efectivos.

Valiéndonos de los aportes que ha desarrollado la antropología médica, se podría hablar de una red de apoyo en cualquier espacio comunitario que puede ir identificándose en el proceso de trabajo con la población y que, para ser completamente caracterizado, debe obtenerse información sobre su ubicación, número, racionalidad subyacente y recursos con que cuenta. Se consideran tres niveles a saber:

- a) La atención *informal tradicional* brindada por un familiar, pero que cuando no se logra la solución del problema se acude a un recurso humano, generalmente de la comunidad, como el curandero o brujo. Para el IDICSA, la medicina tradicional comprende "... la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de los trastornos físicos, mentales o sociales basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra".¹³ En algunas comunidades se han llegado a desarrollar redes informales más permanentes a las que acuden los casos más complicados.¹⁴ Estas redes informales se mantienen ya que son una forma de expresión de la persistencia histórica de una modalidad organizativa del quehacer en salud muy ligado a la constitución de la colectividad.

13 IDICSA. *La práctica médica tradicional*. Cuenca: IDICSA.

14 Según Estrella, E. *Medicina aborigen*. Quito: Editorial Época; 1977, y el IDICSA, *ibidem*, estas "redes" son mucho más fuertes en las comunidades indígenas de la Sierra ecuatoriana.

- b)** Atención *informal no tradicional* como el caso del boticario o tendero, los mismos que dan un tipo de atención basado en el escaso conocimiento que el manejo continuo de medicamentos les permite. La comunidad recurre muchas veces a este tipo de atención por cercanía, tiempo, y la existencia de fármacos que son entregados junto con la consulta, la cual, generalmente, resulta gratis.¹⁵ Aquí predomina el conocimiento de tipo empírico y de manera fragmentaria, asimilado al discurso científico.
- c)** Atención *formal legalizada* que es brindada por recursos humanos profesionales —médicos, enfermeras, obstetras, etc.— formados en las instituciones universitarias y por recursos no profesionales formados en el propio sistema oficial de salud. En algunas comunidades, existen promotores de salud como un vínculo entre la comunidad y el mencionado sector formal. Este tipo de atención en el sector público tiene un sistema de referencia que muchas veces no se cumple. Comienza en los puestos o subcentros de salud y termina en el hospital de especialidad. También es necesario considerar que dentro de la atención formal se encuentra el sector privado, tanto aquel que tiene fines de lucro como aquel que no lo tiene y, por otra parte, los servicios de seguridad social.

La atención “*formal legalizada*” realmente no pertenece a la “red de referencia” conformada o producida por la colectividad, pero debe ser estudiada y comprendida en su relación con la “red” ya que la “forma legalizada” es aquella que por su carácter dominante establece los límites de extensión de la “red”¹⁶ así como también modula sus características.

Éstos serían los potenciales sujetos (con mayor especificidad y no exclusivamente) a involucrar

en el proceso de vigilancia, sobre todo los dos primeros, ya que el tercero participa formalmente desde el modelo médico hegemónico. Para que participativamente se pueda definir, reforzar, superar o replantear el papel que están jugando dentro de la problemática sanitaria en general y dentro del sistema de vigilancia en particular cada uno de los sujetos, debe definirse mediante investigación y trabajo participativo lo siguiente:

- 1.** Patrones de identificación, comprensión, explicación y resolución de los sujetos e instituciones de la red frente al proceso salud-enfermedad.
 - Indicadores de percepción, diagnósticos.
 - Procedimientos terapéuticos.
 - Acciones de prevención.
- 2.** Estructura de la red
 - Sujetos e instituciones comprometidas según cada nivel de la red.
 - Formas de organizar su proceso de trabajo.
 - Formas de relacionamiento con otros sujetos y con la población.
 - Modos de apropiación de la realidad sanitaria.
 - Procesos de validación y reproducción de su conocimiento y práctica frente a la salud y la enfermedad.
- 3.** Condiciones de estructuración de la red
 - Racionalidades subyacentes.
 - Políticas sanitarias generales y condiciones de aplicación local.
 - Presupuesto para programas de salud.
 - Formación universitaria, actualización y seguimiento sobre los recursos humanos.
 - Condiciones de vida y de trabajo de tales sujetos.
- 4.** Articulación al conjunto de expresiones organizadas en el ámbito más amplio de lo social, cultural y político

¹⁵ Andrade y col. Op. cit.

¹⁶ IDICSA. Op. cit.

2.2.4. Definición de niveles para la vigilancia

Habría dos niveles que se dan en la realidad para el desarrollo de la vigilancia, y lo que se propone es reflexionar, lograr mayor sistematización de los mismos, para que en cada contexto con un criterio de flexibilidad se vea la manera de integrar, modificar, reforzar o superar los actuales sistemas de información, siempre desde lo local.

El primero de ellos corresponde al nivel del mundo de la vida (de los individuos, familias, agentes informales tradicionales y no tradicionales y comunidades y aún de las instituciones), y opera con los códigos presentes en el saber y la práctica diaria y se expresa en el lenguaje.

Mediante investigación, trabajo sistemático y directo con las comunidades, se puede ganar comprensión sobre estos códigos; se trata de enfatizar sobre cómo una comunidad con mayores niveles de conciencia se apropia de su problemática sanitaria, potencializa sus recursos de comunicación, refuerza sus redes de solidaridad y de gestión para que allí circulen saberes, valoraciones y prácticas cada vez más sólidas frente a la problemática sanitaria. De esta manera se estarían también permeando mayores espacios de comunicación con el saber formal y las instituciones sanitarias, y así mismo se podría generar mayor capacidad interpretativa sobre los mensajes tanto comunitarios como los que llegan por los medios de comunicación sobre los problemas de salud.

El segundo nivel corresponde a aquellos sistemas de información que se concentran en instituciones cuyo saber, conocimiento y práctica tiene mayor estructuración, especificidad, concentración de recursos y se hallan permeados por la ciencia y la técnica dominante. Incluye a los agentes tradicionales, a los no tradicionales, principalmente los boticarios, a las madres de las guarderías y al personal formal de salud.

Para algunos de estos sujetos, las acciones específicas se apoyan en instrumentos, como re-

gistros, formularios, historias clínicas, carnés infantiles de salud, manuales de educación, afiches, murales, etc.

La propuesta de vigilancia debe reconocer y especificar estos niveles, para proponer mejores vías de integración y complementación.

En particular deben identificarse los procesos de reconocimiento e investigación que se han realizado, y podrían realizarse en las localidades por parte de la misma comunidad y del personal formal de salud.

2.2.5. El tiempo y el espacio: hacia un replanteamiento desde la vigilancia

Escenarios y eventos para la vigilancia

Hasta el momento, la idea que se ha manejado del tiempo y de la situación en la epidemiología tradicional ha sido muy estática, a no ser por las periodicidades que se trazan para el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades, de algunos ciclos demográficos y en particular la presencia o no de ciertas epidemias. Esto refuerza la característica negativa de los sistemas de vigilancia que no captan el movimiento de lo biológico, lo social y lo cultural, sino algunas expresiones de la dinámica biológica y natural. Por ello se propone que deben potenciarse los desarrollos de la vigilancia alrededor de los sitios y eventos centinela. Pensamos que el concepto escenario puede contribuir a ganar espacio para captar el dinamismo de los procesos sanitarios y dentro de éste pueden ampliarse las posibilidades de visión y operatividad que aportan el evento y sitio centinela.

El *escenario* se entiende como un espacio situacional, en el que diferentes sujetos intervienen con sus intereses, posicionamiento, necesidades, valores, capacidades frente a problemas de salud. Aquí entran el acto médico, el acto terapéutico de los otros agentes, el de apoyo de familiares y vecinos, el enfrentar el problema por parte de las madres de las guarderías, el de la

familia, el de los actos educativos en la escuela, la iglesia, etc. En fin, todos aquellos donde no solo la legitimación formal de prestar un servicio define la actitud y la práctica, sino sobre todo la necesidad práctica de resolver y enfrentar una situación. Deben ubicarse los escenarios fundamentales en los que se puede potenciar la capacidad de observación e intervención sobre un proceso sanitario.

En relación con los *eventos*, retomamos el concepto de evento centinela¹⁷ entendido como: "... un caso de enfermedad innecesaria, discapacidad innecesaria o muerte prematura cuya ocurrencia constituye una señal de alarma acerca de la necesidad de mejorar la prevención o la asistencia médica". Sin embargo, dentro del enfoque propuesto es necesario ampliar y especificar el concepto, de acuerdo con la particularidad tanto de la distribución y frecuencia de la enfermedad y sus complicaciones en las localidades como de las estrategias de comprensión, resolución y validación que se tengan.

Esto lleva a que la definición de eventos centinela debe realizarse participativamente, y ya no solo en función de lo "innecesario", sino más bien de lo necesario, para que disminuyan efectivamente tanto la incidencia como la prevalencia de la enfermedad. *De esta manera las señales de alarma no estarían ubicadas solamente en la ocurrencia y distribución de los sucesos indeseables, sino positivamente en los sucesos que al ser intervenidos y prevenidos pueden disminuir la problemática sanitaria. Los nudos críticos que hemos mencionado arriba como objeto de la vigilancia pueden actuar como evento centinela con un carácter más preventivo.*

Lugares para la vigilancia

Para la recolección permanente de información, los modelos no convencionales vienen trabajando en el concepto de sitio centinela. Andersson¹⁸ define los sitios centinela como "... localidades representativas, inicialmente a nivel de región, de las distintas condiciones de salud de los diferentes niveles de acceso a los servicios de salud, de la diversidad étnico-cultural y de la densidad de la población".

La investigación, el análisis situacional, las experiencias anteriores, la voluntad de los sujetos involucrados, la disponibilidad de recursos aportarán a la definición de los sitios centinela. Se propone construir una tipología de distribución tanto del proceso salud-enfermedad como de los sujetos y recursos para enfrentarle. De esta manera pueden integrarse lugares en los que se puede recolectar información específica que enriquezca el proceso de trabajo en la comunidad y complementar el sistema formal de recolección de información. Los instrumentos deben ser diseñados de acuerdo a los códigos de comunicación que maneje la comunidad y que le permitan relacionarse de mejor manera con los servicios.

Un sitio centinela tendría entonces un área geográfica definida con los criterios establecidos y adicionalmente al interior de ella operativamente apoyaría la labor de recolección de información en sitios donde los escenarios de trabajo sanitario tienen mayores niveles de intensidad, como las guarderías, las escuelas, los puestos de rehidratación oral, los sitios de venta y/o distribución de alimentos, las casas de los agentes informales, las unidades de salud, etc.

17 Seligman, P. Frazier, T. Surveillance. "The Sentinel Health Event Approach". In *Public Health Surveillance*. Editores: Halperin, W. Baker, E. and Monson, R. Van Nostrand Reinhold; 1992.

18 Andersson y col. "Sitios centinela: la experiencia de Centroamérica y Guerrero (México) en la descentralización de planificación". En CIET. *Prioridades de salud*. Vol. 1. N° 2; 1990.

2.2.6. Recursos para la vigilancia

Convencionalmente se requieren formularios para condensar la información que se remite a los niveles centrales del ministerio de salud pública. En cuanto a educación, las campañas institucionales se valen de diversas técnicas para simplificar y masificar los mensajes sobre señales de reconocimiento de algunas enfermedades, indicaciones para su manejo y orientaciones para la prevención. Adicionalmente, las unidades de rehidratación oral en el caso de la diarrea, los grupos de mujeres para el monitoreo nutricional, las escuelas para el desayuno escolar, en fin, los diferentes espacios se convierten en sitios de registro que informan por escrito a las unidades de salud.

Desde el punto vista popular, no existen recursos declarados para efectuar vigilancia, pero existen los códigos y redes de apoyo.

Se trata de recuperar todo tipo de recursos de comunicación y acción frente a la problemática sanitaria, que permita en la práctica mejorar las actividades, y también la socialización de saberes y prácticas.

En esta parte de *recursos*, se necesitará una labor intensa de educación y de preparación de los agentes formales de salud para relacionarse con la población de tal manera que se facilite el proceso comunicacional y, por tanto, se adecuen las formas y contenidos del sistema de vigilancia.

2.2.7. Tipos de información que ingresan al sistema

El sistema mantendrá información integral y, al mismo tiempo, desglosada sobre los procesos y relaciones establecidos en el acápite Objeto de la vigilancia, manteniendo tres dimensiones:

- a) El fenómeno sanitario: problemas de salud-enfermedad prioritarios;
- b) Los determinantes más amplios y profundos de dichos problemas; y
- c) Los proyectos y/u operaciones necesarios para la transformación del problema.

De esta manera no solo se registra la magnitud y distribución de problemas, sino también de acciones y resultados.

2.2.8. Actualización y recolección cíclica¹⁹

Es necesario preparar con la población, líderes y personal de los servicios un plan a través del cual se recepte cíclicamente información sobre la problemática sanitaria y los nudos críticos establecidos con los referidos proyectos de intervención. Para la estrategia de actualización permanente de la información en los niveles señalados, se ubicarán los escenarios, los eventos y los puestos centinela, de tal manera que se cope el mayor contenido posible de relaciones que se dan en la vida de la comunidad y la familia, para que el monitoreo sea completo e integral.

2.3. El enfoque estratégico: hacia la constitución de sujetos y por una participación

La racionalidad de la acción comunicativa en el mundo de la vida y el trabajo constituyen a los sujetos individual y social como tales, entonces, es necesario reconocer que desde el propio sujeto brota y se desarrolla el poder necesario para estructurar los “modos de andar la vida” y también se proyecta la fuerza consciente requerida para organizar y dinamizar la emancipación de la colonización o cosificación que ha penetrado en las esferas de la vida social.

Debemos reconocer que no es adecuado acercarse con un plan estratégico en salud previamente

¹⁹ En este punto, tienen mucha importancia los procedimientos implementados por Anderson y col. México: CIET, Guerrero.

estructurado para imponerlo, sino que el plan debe surgir desde la propia problematización del sujeto individual y social, bajo el análisis de sus propias condiciones de vida y trabajo, bajo su interpretación simbólica de su presente y de su futuro; es por esto que Mario Rovere propone, en su aproximación a la planificación estratégica, partir junto con los actores desde la problematización de su vida, comprenderla-explicarla y con éstos buscar la visión y construir la viabilidad para la acción.

Hablamos, entonces, de la necesidad de partir de infinitos sujetos que desde su mundo de la vida se solapan en actitud racional, crean viabilidad, construyen direccionalidad, establecen proyectos y, al mismo tiempo, se realizan en cuanto sujetos, y realizándose como sujeto único convierten sus utopías en historia para lograr, como lo dice Testa en su obra sobre pensamiento estratégico y lógica de programación, “una sociedad solidaria en cuanto relación personal, transparente en cuanto relación social”.²⁰

El problema radica en superar, por un lado, la “estrategia” que se plantea y se constituye desde el sistema para fortalecerlo y, por otro lado, no caer bajo el comando de la razón instrumental que conduce a embarcarse en el “cálculo que preside y precede la acción”²¹ basado en *mi* propuesta de acumulación de poder.

Algunos compañeros latinoamericanos han producido importantes aportes, a través de los cuales intentan salir de esta encrucijada a través de la organización de diversas propuestas metodológicas en las cuales se rescata la racionalidad

preteórica de los propios actores, la construcción de verdades intersubjetivas, la elaboración de visiones que no responden necesariamente al esquema medio-fin y la construcción conjunta de viabilidad con direccionalidad emancipadora. De todas maneras, existen cuestionamientos sobre la validez de los procedimientos que ahora utilizamos, los mismos que no alcanzarían a reproducir los verdaderos problemas de los actores ya que dichos problemas aparecerían en el proceso de acercamiento únicamente como datos, cuando verdaderamente han sido estructurados simbólicamente y no resultan accesibles a un simple procedimiento de intersubjetivación. Al respecto, es posible afirmar que la intersubjetivación posibilita en alguna medida visualizar o traducir el problema del sujeto que participa en el acto de planificación con mayor veracidad, rectitud y verdad preteóricas, pero de todas maneras constituye un aspecto importante a ser considerado y discutido.

El siguiente esquema traduce el intento de aproximarse estratégicamente a los problemas de la colectividad, para junto con ella comprender la realidad y buscar su transformación. No creemos que constituye una propuesta acabada, ya que no se han elaborado todavía instrumentos para interpretar los aspectos simbólicos que sustentan los datos que son recogidos, de todas maneras consideramos que da una respuesta que supera el encuadre normativo y tecnocrático de la vigilancia convencional.

Los productos de Mario Testa y Mario Rovere son los que más ayudan en este empeño.

20 Testa, M. *Pensamiento estratégico*. Op. cit., p. 17.

21 Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 1997.

Ejes	Momento 1 Motivación	Momento 2 Análisis de situación e investigación de problemas	Momento 3 Elaboración de proyectos
Activación y o fortalecimiento de la participación social	Discusión amplia y ajuste del proyecto. Conformación de CLS, ALS y grupo ejecutor.	Análisis de posición intersubjetivo e histórico de sujetos. CAPS sobre su rol.	Sujetos involucrados en definición de visión y elaboración de proyectos.
Análisis y replanteamiento de los sistemas de vigilancia	Definición de áreas piloto.	Caracterización de la problemática sanitaria, sus determinante, posibilidad de cambio, matriz de explicación de problemas.	Replanteamiento en la práctica de los componentes del sistema de vigilancia.
Sistematización y comunicación	Producción de cartillas, socialización. Campaña de promoción.	Producción de materiales de capacitación, conocimiento de recursos y códigos propios de comunicación.	Facilitación de la comunicación entre los sujetos y comunidades sobre problemas y alternativas.
Educación	Capacitación para participación social y vigilancia.	Capacitación en análisis de situación e investigación.	Capacitación en elaboración de proyectos, análisis de viabilidad y programa operacional.
Procesamiento de la relación con el Estado. Articulaciones posibles con el sistema de información	Involucramiento del Estado a nivel local.	Reconocimiento de problemas y necesidades.	Compromiso en proyectos cogestionados con la población y ONG, basados en su propia realidad.

Los ejes traducen aspectos que valdría la pena que fueran tomados en cuenta en la reflexión y la práctica sobre propuestas de vigilancia; los

momentos quieren significar esquemáticamente posibles rutas a recorrer a la hora de dinamizar propuestas en este sentido.



Artículo 13

Proceso de trabajo y salud: algunas reflexiones*

Una justificación inicial

Mi maestro y amigo Jorge Haddad me había solicitado preparar un documento sobre la categoría trabajo, bajo la consideración de que ésta tiene inmensa importancia sobre el quehacer en salud. Muchas de las aportaciones que se están desarrollando en el propio seno de la OPS toman esta categoría como fundamental. Jorge Haddad, María Cristina Davini, Pedro Brito, Mario Rovere y muchos otros navegantes de la familia de Recursos Humanos han rescatado la categoría *trabajo* del baúl de los recuerdos, la han llevado nuevamente al tapete de la discusión, han teorizado al respecto y han desarrollado propuestas que nos han permitido deambular con mayor soltura en la difícil área de *recursos humanos*.

Como alumno y aprendiz de Jorge, María Cristina, Pedro y Mario consideré que muy poco puedo aportar al respecto. Lo único que puedo hacer es manifestar algunos *malestares* alrededor de esta categoría, los mismos que, obviamente, quedarán mal hilvanados pero, de todas maneras, podrían aportar un debate que tendría alguna importancia en el momento actual.

Si las preocupaciones quedan en un limbo de oscuridad, sucederá lo que siempre ocurre: arrojaremos este trabajo al basurero y lograré comprender que muchos de los *malestares* son infundados y propios de este mundo, que cada día nos llama a indigestarnos más ante el avance de una forma productiva que descompone realidades y sueños.

Malestar inicial

Las filosofías de la conciencia, las filosofías de la historia y el paradigma de la producción han sido profundamente cuestionados en las últimas décadas. Ocurre algo así como que los filósofos y nosotros, gente común, ya no queremos oír grandes y asfixiantes relatos, a través de los cuales nos pintan cielos futuros que serían producidos a través de la total y férrea supeditación de todos los hombres y mujeres al liderazgo de prometeos iluminados por la luz de su racional conciencia y supuestos concededores de las rutas de la verdad.

Paraísos existentes en la otra orilla de río, nunca en esta orilla, donde reina la irracionalidad. La otra es una orilla llena de seguridad y racionalidad. Para cruzar hacia la otra orilla, de la racionalidad y la felicidad, es fundamental supeditarse a un aparato o un líder que supuestamente detenta toda la verdad. Nosotros, los hombres y mujeres comunes y corrientes, únicamente debemos *producir, trabajar* intensamente para que el hoy se haga mañana y exorcice los demonios del ayer, para que nuestra irracionalidad actual se transforme en racionalidad siempre enclavada en el mañana y, por lo tanto, inalcanzable, para que la barca pueda atravesar el ancho río en la dirección siempre conocida por el líder o grupo capaz de interpretar las verdades canónicas eternas.

Filosofía de la conciencia, filosofía de la historia y paradigma de la producción, siempre juntos,

* Borradores preparados para discutir con el Grupo de Proceso de Trabajo en Salud de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud de Honduras-Tegucigalpa, junio 26 de 1996.

hablando sobre supuestas verdades científicas del hoy y del mañana, interpretadas por conciencias racionales y lúcidas que requieren del apoyo productivo de las clases *trabajadoras*, que posibilitarán construir las estructuras para el ejercicio del poder por parte de los burócratas o empresarios que conformarán renovadas versiones de Estados autoritarios. El mismo cuento cien veces repetido, unas veces contado en alta voz, otras como susurro, pero siempre con similar resultado: hombres y mujeres transformados en *medios* de un fin, el que, al inicio del relato es un atractivo sueño para los trabajadores y al final del mismo, pesadilla:

Inicio del cuento: sueños de libertad, igualdad y fraternidad contados alrededor de una fortaleza llamada Bastilla. Final del cuento: explotación y marginalidad para los trabajadores, y bolsones de opulencia para los que cuentan los sueños.

Inicio del cuento: sueños de paraísos llenos de Walkirias donde se fundaría una nueva metafísica a lo Heidegger y se laboraría con las música de Wagner. Final del cuento: terror, Treblinkas, Auschwitz y destrucción para la mayoría.

Inicio del cuento: sueños de revolución, humanidad e igualdad contados en todos los ámbitos del globo terrestre. Final del cuento: Estados panópticos, regentados por déspotas poco ilustrados y ahora muchos de ellos defensores de las propuestas más corruptas de capitalismo (en buena hora, existen excepciones como, por ejemplo, Cuba).

Conceptos *producción* y *trabajo* formando parte de un edificio teórico que en la práctica niega lo que teóricamente ofrece. ¿Pueden los conceptos *producción* y *trabajo* ser rescatados en cuanto conceptos (teoría) de la contaminada práctica humana? En otras palabras, ¿los conceptos *producción* y *trabajo* no participaron, participan ni

participarán en el festín panóptico? O, más, ¿los conceptos *producción* y *trabajo* tendrán que ser revisados en cuanto participantes en la construcción del modelo autoritario de las sociedades capitalistas y socialistas reales?

Lo anterior es fundamental, porque queremos reflexionar alrededor de la categoría *trabajo* conjuntamente con la categoría *salud*: trabajo en salud. Hasta donde puedo comprender, *salud*, conforme lo define Cangilhem, 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”.¹ Si es así, la categoría *salud* incorpora una noción de creatividad humana para crear o *pintar* nuevas normas y también contiene una noción de libertad para instituir dichas normas. Es, entonces, fundamental que encontremos la posibilidad de llevar a cabo un trabajo que produzca creatividad y libertad (*salud*) y tratemos de encontrar si la categoría *trabajo* tiene elementos que en su propio ser promueven la enfermedad (docilidad-utilidad) del ser humano.

Sobre las categorías *trabajo* y *producción*

Toda mirada es fraccionaria porque es intencionada. La intención dirige la vista hacia ciertos espacios, privilegia momentos, resalta o minimiza cualidades y sobredimensiona cantidades. La intención de estos párrafos es, sobre todo, dar vuelta alrededor de los *malestares* que se han expuesto en el inicio de este documento.

Habíamos dicho que las filosofías de la conciencia, centradas en el sujeto, toman como eje el paradigma productivista; es decir, ponen el acento en el proceso de objetivación por medio del cual el ser humano se expresa. En este proceso de expresión, el sujeto crea el mundo circundante y se crea en cuanto tal: “El trabajo es proceso o acción en el que, en cierto modo, se constituye

1 Cangilhem, G. *Ideología y Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70; s/f.

la unidad del hombre y de la naturaleza sobre la base de su recíproca transformación: el hombre se objetiva en el trabajo, y el objeto es arrancado del contexto natural originario, modificado y elaborado. El hombre alcanza en el trabajo su objetivación, y el objeto es humanizado. En la humanización de la naturaleza y en la objetivación (realización) de sus intenciones, el hombre constituye el mundo humano”.²

Lo central de la noción *expresión* es la objetivación: “La facultad expresiva del hombre posee la capacidad de objetivarse, esto es, de manifestarse en productos de la actividad humana que resultan comprensibles, tanto al que los ha producido como a otros hombres, como elementos de su mundo común”.³

Según Habermas,⁴ el modelo de enajenación y reapropiación de las fuerzas esenciales del hombre se debe, por una parte, a una dinamización del concepto aristotélico de forma: el individuo desarrolla sus fuerzas esenciales mediante su propia productividad; y por otra, a la mediación que la filosofía de la reflexión establece entre el concepto aristotélico de forma y el concepto de forma estética: las objetivaciones es que la subjetividad toma forma externa son simultáneamente expresión simbólica de un acto conciente de creación y de un proceso inconciente de formación: “La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social”.⁵

Esta noción de expresión —como constitución objetivante— liberada de sus referencias metafísicas, también se traslada a la “comprensión de

los fenómenos histórico-sociales, especialmente en el análisis del capitalismo: el proceso de producción capitalista se objetiva —o se expresa, en los términos de Spinoza— en las clases sociales. Desde luego que esta objetivación significa, simultáneamente, alineación”.⁶

Por último, este expresivismo se traslada al conjunto de la vida social y cultural, convirtiéndose en filosofía de la praxis: “el tipo de trabajo —el modo de producción— determina la manera como se objetiva la sociedad y la cultura, o, lo que es igual, los sujetos sociales que emergen de este proceso”.⁷ Así, en las versiones materialistas, la *producción* se transforma en gasto de fuerza de trabajo, la *objetivación*, en objetualización de la fuerza de trabajo, la *apropiación* de lo *producido*, en satisfacción de las necesidades materiales, es decir, en consumo, la *cosificación*, en explotación material causada por la apropiación privada de los medios de producción.⁸

Para Habermas, este paradigma de la producción, separado de las raíces que tiene en la filosofía de reflexión, comporta algunos problemas cuando se lo hace servir de teoría de la sociedad: “la relación que existe entre el tipo paradigmático de actividad que representan el trabajo o la fabricación de productos y la totalidad de las demás formas de manifestación cultural de los sujetos capaces de lenguaje y acción”.⁹ Al respecto, Habermas critica la noción de *praxis social materialista*, en la medida en que ésta une en un solo movimiento el proceso técnico-utilitario de producción y el uso de productos, por un lado; y las reglas de interacción social, es decir las normas sociales de acción que dependen del reconocimiento y

2 Koscic. *Dialéctica de la totalidad concreta*. p. 222.

3 Berger, P. y Luckmann, T. *The Social Construction of Reality*. N.Y.; 1966, p. 33.

4 Habermas, J. *Filosofía de la modernidad*. Madrid: Taurus; 1992, p. 101.

5 Berger, P. y Luckmann, T. p. 57.

6 Rojas, C., Orellana, T. y Mera, P. *Los lugares creados por la libertad*. Cuenca: Universidad del Azuay; 1994, p. 44.

7 *Ibidem*, p. 42.

8 Habermas, J. *Op. cit.*, p. 103.

9 *Ibidem*, p. 103.

sanción intersubjetivas, incluida la generación de consensos que se asientan en un plexo simbólico, por otro.

Aquí, me parece, radica el *exceso* del paradigma de la producción y de su categoría trabajo: el intento de dar cuenta, en un solo movimiento, de toda la vida social, es decir, partir de un *ser-en-sí* que viaje a un *ser-para-sí*, *barriendo todo el ser-así*. El *ser-así* de los sujetos realmente existentes —etnia, familia, nacionalidades, grupos religiosos, grupos genéricos, etc.— sería *corregido* por una verdad que ha sido producida reflexivamente en autoconciencia (filosofía de la conciencia) y que marcharía hacia un *ser-para-sí* (filosofía de la historia). Como dice Markus: la producción haría inteligible “la unidad de los procesos de interacción entre el hombre y la naturaleza y entre el hombre y el hombre”.¹⁰

Personalmente, considero que la interacción entre el hombre y el hombre va más allá del paradigma productivo y del proceso de trabajo. Su posibilidad de comprensión radica en el análisis de la acción comunicativa con miras al entendimiento, la misma que viabiliza descubrir las verdades preteóricas, rectitudes y valores estético-emocionales, los que, a su vez, posibilitan interpretar al hombre en cuanto ser epistémico, social e individual. Pero esto no parece ser suficiente, sino que, de acuerdo a Guiddens, también es necesario ir más allá de la acción comunicativa y estudiar las prácticas relacionadas con circunstancias físicas y artefactos humanos asociados con actividades institucionalizadas que se presentan durante el curso de rutinas sociales.

Lo anterior nos llevaría a pensar que las relaciones entre el hombre y el hombre responden a una racionalidad comunicativa y a una praxis más compleja, sustentadas, a su vez, en plexos simbólicos que permiten que las experiencias adquieran ciertos sentidos y no otros.

Mundo de la vida, acción comunicativa con miras al entendimiento, prácticas y simbolismos constituyen una forma de racionalidad que posibilita la construcción de la identidad y la voluntad de los sujetos individuales y sociales, que deben enfrentar un mundo constituido y dominante que aparece como sistema, el mismo que se relaciona con los sujetos particulares a través del poder y el dinero.

La categoría trabajo aparece en este escenario como puente, como *aparato digestivo* que responde, por un lado, al sistema y su lógica; que responde al *ser-en-sí* y presiona predominantemente para que avance hacia su *ser-para-sí*. En otras palabras, el trabajo recibe desde el sistema el encargo de producir al obrero en cuanto reproductor del sistema, en cuanto hombre/mujer-para-el-sistema, en cuanto objeto del mismo, en cuanto valorizador del valor y realizador del control político sobre él mismo. La categoría trabajo, así interpretada, viabiliza la imposición del régimen y aparece, por otro lado, en su versión de creación y libertad como potencialidad futura, siempre y cuando se alcance el inverso del proceso productivo actual, pero, de todas maneras, siempre anula la racionalidad del ahora propia del mundo de la vida. El trabajo aborda la posibilidad del logro de la identidad actual del trabajador como oferta que nunca es cumplida. La categoría trabajo es parte de los cuentos sobre sueños iniciales que terminan en pesadillas.

Considero que la categoría trabajo también posibilita transformar a la población en objeto. De manera similar a como procede con el obrero, la categoría trabajo visualiza la población como medio a ser transformado. Su verdad propuesta como fin posibilitaría hacer la ingeniería de la sociedad que caminaría hacia un *ser-para-sí* al margen de su *ser-así*. Filosofía de la conciencia y filosofía de la historia que se reúnen para dar cuenta, a través de las categorías producción y trabajo, de una nueva sociedad, pensada por la ciencia que avasalla las identidades propias de

10 Markus, G. *Language et Productikon*. Paris; 1982.

los sujetos particulares, que deben ser subsumidos en un supuesto sujeto universal que sintetiza toda la verdad, la moralidad y la eficacia. Las categorías producción y trabajo participan en los cuentos sobre igualdad que terminan en *archipiélagos de Gulag* y Treblinkas.

Pero habíamos dicho que la categoría trabajo es un puente o *aparato digestivo* entre la lógica y fuerza preconizadas por las filosofías de la conciencia y filosofías de la historia, y el mundo de la vida y su racionalidad comunicativa. La problemática radica en averiguar si la categoría trabajo y el paradigma de la producción podrían transformarse en un puente de doble vía capaz de recoger la fuerza y racionalidades que viajan desde el mundo de la vida y desde el sistema.

Personalmente, considero que en el momento actual, al hallarse el mundo de la vida colonizado por el sistema, es bastante difícil que la categoría trabajo pueda receptor y procesar la fuerza y racionalidad del paradigma productivista. En otras palabras, las reglas técnicas-utilitarias de producción y de uso de los productos ocupan todo el espacio y marginan a las reglas de interacción social, razón por la que la categoría trabajo permanece constantemente dominada por la lógica acumulativa y por el poder del sistema: la racionalidad instrumental no da cabida a ninguna otra propuesta. En esta medida, la posibilidad de incluir otra racionalidad siempre aparece como potencialidad futura a ser conquistada a través del revolucionamiento del sistema, lo que supuestamente posibilitaría una forma productiva más humana pero que, por mantener el mismo esquema, no constituye sino el mismo contenido comandado por otra fuerza externa.

Valdría la pena ejemplificar lo que decimos. El proceso de trabajo de los pueblos que avanzaron hacia el socialismo real no cambió. El proceso de trabajo, tanto en su naturaleza capita-

lista, cuanto en su nueva naturaleza socialista real mantuvieron sus características de *medios* para cumplir los fines de acumulación de la riqueza y el poder de la clase burguesa, en el primer caso, y la acumulación del poder político y la riqueza de las burocracias gobernantes, en el segundo. El proceso de trabajo nunca pudo leer los requerimientos y fuerzas del mundo de la vida.

En ninguna de las dos formas de industrialización, el proceso de trabajo pudo reflexionar ni descubrir la salud y la vida. Salud es la capacidad de los obreros y de la población de “ser normativos en esa situación y en situaciones eventuales... de superar la norma que define momentáneamente lo normal, de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”.¹¹ La incapacidad de mirar la salud humana por parte del proceso de trabajo así entendido es obvia, porque la salud y la vida hablan sobre una normatización siempre nueva, diversa, humana, temporal. En cambio, el trabajo nos pide una planificada. La categoría trabajo, así comprendida, tan solo puede buscar la salud del Estado y/o la salud de la economía, y no puede hablar de la salud humana.

La categoría trabajo, tal cual se halla constituida, nos comanda a buscar la unidad, mientras que el concepto salud humana nos comanda a considerar la diversidad. No creo que pueda darse una posibilidad de la salud del público si no se encuentra una vía para forjar la unidad en la diversidad... Nos topamos, entonces, con una antimonia que siempre estuvo presente, que siempre fue mal tratada y que las filosofías de la conciencia, centradas en un supuesto sujeto universal que piensa, reflexiona y produce conocimientos en cuanto autoconciencia, y que vislumbra futuros siempre gloriosos, tuvieron que instrumentar al trabajo, matar el presente, siempre infame pero real, y desconocer las diversidades.

11 Cangilhem, G. Op. cit.

Algunos pensamientos para superar el malestar

De lo que se trata es de no huir, de no volver a contar cuentos llenos de sueños iniciales que esconden pesadillas futuras. Se trata de abordar el presente infame y transformarlo en un *ahora* humano. En ese intento, considero que deberíamos revertir el proceso; hacer un cuento actual antes que prometerlo, desvestir la categoría trabajo de su ropaje engañoso y lleno de realizaciones y ampulósidades, y limpiar su naturaleza mítica para encontrar lo que puede ahora y no lo que ofrece mañana.

Una categoría siempre ocupa un lugar móvil, inestable, complejo. Responde a la teoría que la sustenta y a la realidad real que pide su pertinencia. El paradigma de la producción y la categoría trabajo han envejecido, no tengo idea si es que pueden ser rejuvenecidos, pero creo que tenemos que hacer una lectura distinta para poder caminar con ellos o sin ellos en un sendero que puede ofrecernos más réditos para la salud.

En el *bazar* de conceptos, me parece que debemos escoger aquellos que puedan transformarse en categorías. Hasta donde alcanzo a entender, las categorías deben cumplir un doble papel: demostrar el fundamento teórico suficientemente fuerte como para que tengan una inconfundible identidad científica, razón por la que se constituyen en conceptos; y, al mismo tiempo, éstos deben ofrecer suficiente pertinencia como para posibilitar la indagación de la problemática real a la que nos vemos enfrentados. En otras palabras, cualquier categoría debe responder las preguntas que le hace la ciencia y, por otro lado, debe responder las preguntas que surgen desde la realidad. La categoría debe ser epistémica, debe saber dos idiomas: el idioma de la verdad conformada en cuanto lógica, y el lenguaje de la gente que vive de la verdad del mundo de la vida de nuestras poblaciones concretas.

En ningún momento podemos negar que la categoría trabajo tenga una gran científicidad. No

es posible desconocer el inmenso valor científico de la producción de Spinoza, Kant, Hegel, Marx, Marcuse, Sartre y toda la línea de filósofos e investigadores de esta noble y amplia familia. Ante ellos, bajamos nuestra cabeza con profunda reverencia, pero también la volvemos a levantar planteando conjuntamente con Vico si es posible pensar en una nueva ciencia. El problema radica en preguntarnos si es que la categoría trabajo tiene suficiente pertinencia para interpretar *todos* los problemas de la gente que vive en este importante rincón del mundo llamado Honduras.

En la maestría de Salud Pública se encuentra un verdadero fervor por entenderse con la categoría trabajo, con miras a indagar los problemas organizativos que coligen alrededor de la salud, levantados por múltiples actores individuales, institucionales y sociales. Más allá, se considera que la categoría trabajo daría suficiente luz para organizar los procesos de educación permanente. Se plantea que la categoría trabajo también podría darnos respuesta en el proceso administrativo. La categoría trabajo también sería el punto de entrada para interpretar la salud-enfermedad. En última instancia, estaríamos ante una categoría *talla única*.

Por otros lares, Claus Offe inicia el Congreso de Sociología Alemana de 1983 con una fuerte crítica al paradigma de la producción, porque entrega al concepto praxis un significado tan empírico y tan seguro de sí mismo en un momento en que se visualiza “el final, históricamente ya a la vista, de la sociedad del trabajo”. El mundo de Alemania y Frankfurt es diferente al mundo de Honduras y Tegucigalpa, pero vale la pena pensar un poco alrededor de esta interpretación polar.

Historicidad, ontología y categoría trabajo

Considero que podemos llevar a cabo un mejor negocio si no sacralizamos la categoría trabajo, si no aceptamos de buenas a primeras su supuesta

fuerza mítica e inminente. Planteamos que es necesario historizar el momento ontológico de la constitución de los sujetos particulares.

Veamos lo que sucede en nuestra realidad: hombres, mujeres, niños y viejos en el mundo de la vida, comunicándose con miras al entendimiento, desarrollando múltiples acciones y constituyendo su personalidad, socialidad y verdad basados en sus simbolismos. Estos seres humanos también realizan un trabajo concreto con miras a dar cuenta de sus necesidades. El trabajo, entonces, es una parte de su quehacer y qué pensar diario. El trabajo constituye parte de esa matriz de relaciones sociales previamente constituidas, pero no constituye el todo, es solo parte.

Este trabajo tiene un significado para la población, pero también tiene un significado para el sistema, y por esto es un trabajo abstracto: intenta reproducir ese sistema y para éste tiene una connotación más fuerte o, si se quiere, única. El trabajo es una categoría endemoniada —ya lo dijo Marx.

Ahora bien, el trabajo es un *aparato digestivo* entre el sistema y el mundo de la vida. Pero las *enzimas* pertenecen al sistema, razón por la que si me acerco al trabajo sin rodeos, entonces lo tomo con sus enzimas.

¿Qué ocurre con las enzimas del mundo de la vida? Pues son muy importantes para la vida y antinómicas para el sistema. Estas enzimas son deglutidas por las del sistema. Vale la pena ejemplificar: el trabajo que desarrollo en una fábrica responde a mis necesidades enzimáticas de llevar un salario para mi familia, de desarrollar mi ser, de apuntalar el desarrollo nacional, de realizarme en cuanto hombre e incansable artista creador de nuevos mundos. Todo eso es auténtico, pero la verdad es que las normas, organización del proceso de trabajo y control del mismo

responden a las necesidades de incrementar la tasa de ganancia... No queda nada o queda muy poco de mi intento artístico, filosófico, nacionalista, etc.; las enzimas del sistema digieren mis enzimas.

¿Cuál es mi salida? Pues ofrecerme y ofrecer que voy a cambiar el mundo, para que las enzimas del mundo de la vida tengan preeminencia. Estoy completamente de acuerdo con esta propuesta, siempre y cuando esta oferta del mañana sea llevada al ahora, porque no quiero confiar más en los prometeos y filósofos. ¿Cómo hacer esto? No creo que tenemos una respuesta, pero aquí podemos intentar mirar de forma distinta.

La necesidad de una epistemología y una epistémica distintas

Las verdades epistémicas que se sustentan en el mundo de la vida, a través de la acción comunicativa con miras al entendimiento, tienen una universalidad tan universal como el logos científico postsocrático. No abordaré esta problemática, puesto que ya se ha tratado con alguna profundidad (siempre superficial) en otros trabajos.¹² Además, los trabajos de Habermas, Guiddens, Austin, el último Wittgenstein y muchos otros ratifican este planteamiento.

Lo que intento sustentar es que la diversidad, temporalidad y complejidad del mundo de la vida tienen una universalidad en la acción comunicativa. En otras palabras, no se me puede acusar que estoy partiendo de fenómenos inaceptables por parte de la ciencia y la filosofía que solo reconocen la universalidad de todo concepto y categoría. O si se quiere, todo concepto o categoría, para serlo, tiene que ser universal. Hasta aquí me libro de la acusación particularista.

Con la reflexión anterior puedo ahora buscar la categoría salud. Intento ver la salud como

12 Grupo de Desarrollo de la Teoría y Práctica en Salud Pública del Ecuador. "Salud pública: hacia la ampliación de la razón". En: *Salud al final del milenio*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1995.

capacidad de autonormación. La verdad sobre la salud se construye comunicativamente en el mundo de la vida. También, la verdad sobre la formación se construye comunicativamente en el mundo de la vida.

Entonces, ahora y solamente ahora, puedo acercarme al concepto trabajo. Este concepto puede transformarse en categoría para la salud (parásí) en la medida que apunte la construcción de la salud y vida. Puedo, entonces, reconocer que el trabajo que no se halla relacionado con el sistema es un trabajo saludable, que construye salud. ¿Dónde puedo encontrar ese tipo de trabajo, para entrar sin preámbulos y antipáticas teorizaciones? Creo que es posible encontrarlo en el trabajo artesanal totalmente libre; ¿existe ese tipo de trabajo a estas alturas de globalización? Existe como trabajo artístico puro, ¿puedo encontrar esa pureza en algún lado?

Francamente, no encuentro una posibilidad de situarme en una reflexión sobre trabajo y salud sin dar tanta vuelta. Es verdaderamente una categoría endemoniada, parece; en la realidad siempre está aunada con la enfermedad.

Debido a que al trabajo lo veo tan atado a la enfermedad, considero que es necesario indagar sobre nuevas categorías que nos den más soltura. Me permito insistir sobre la importancia de las categorías comunicación, simbolismo, práctica y acción, como posibles formas de al menos comenzar a pensar alrededor de la salud, para luego entrar en el mundo dominado por el trabajo, cuyo final histórico, según Offe, ya está a la vista.

El mundo del trabajo es tan, pero tan importante... ¿para quién? ¿No será que siempre lo vimos como tan importante a través del ojo del poder?... ¿para el poder actual empresarial, para el poder de la burocracia de los socialismos reales?

Cuentos contados por los que tienen el poder o querían tenerlo, que siempre comenzaron por sueños y terminaron en pesadillas... ¿Gentes como yo que no podemos quitarnos de encima la enfermedad de las pesadillas, las mismas que posiblemente no nos permiten ver la salud en la categoría trabajo?



Artículo 14

Medicina tradicional, sistemas de salud no formales y reforma de servicios de atención médica*

Desde hace aproximadamente cuatro años comienza a vivirse en Ecuador un proceso de intensa discusión alrededor de la reforma del sector salud. Desde diversos sectores se proponen distintas versiones, las mismas que dan especial énfasis a diferentes componentes o fuerzas que supuestamente deberían direccionar la reforma: el Consejo Nacional de Modernización del Estado (CONAM) propone en 1995 una reforma cuyo eje primordial se halla en las variables económicas y en la privatización, mientras que el Consejo Nacional de Salud propone en 1996 tomar en consideración aspectos más relacionados con la consecución de un seguro universal de salud, el fortalecimiento de la salud pública y la ejecución de cambios importantes en la gestión, organización y financiamiento del sistema de salud. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) también elabora diferentes propuestas, todas ellas dirigidas a lograr la ampliación de cobertura, la elevación de la calidad de la atención, la superación de los problemas financieros y el mejoramiento de las actuales condiciones de gestión y organización del sistema.¹

Las cuarenta y más propuestas de reforma surgidas desde los diversos espacios institucionales toman en consideración, en alguna medida, los cambios que son necesarios a nivel político, organizativo, de gestión, financiamiento, manejo de recursos y modelo de atención. Todas reconocen que debe reformarse la actual manera de prestación occidental de servicios de salud y dan poca atención a otras lógicas médicas y formas de prestación de servicios. Aún más, las propuestas de reforma consideran que el único sistema de salud existente en Ecuador es aquel basado en la lógica médica y administrativa occidental y cuando mucho aceptan la posibilidad de que tenga contacto con otras expresiones, pero sin desdibujar el eje organizativo basado en una racionalidad medio-fin.

Lo anterior constituye una realidad que impacta sobre las ideas relacionadas con la salud y sobre las respuestas sociales en este campo. El cambio o reforma del sector salud en Ecuador no parece estar preparado para recibir y beneficiarse del aporte de otras formas de ver, entender y accionar

* Ponencia presentada en el *Taller de medicinas tradicionales y sistemas no formales de salud*, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, en Quito, noviembre de 1997. La presente ponencia fue elaborada a partir del conocimiento adquirido en el diario trabajo cumplido en la representación de la Organización Panamericana de la Salud del Ecuador; en efecto, los debates y discusiones desarrolladas con el Dr. Patricio Hevia Rivas, representante de la OPS/OMS, y con Ninfa León, Miguel Malo y Roberto Sempértegui, constituyen uno de los ejes de lo que aquí se plantea. El otro eje está representado por los aportes de los docentes y alumnos de la maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Loja y muy especialmente las elaboraciones de Max González, Mario Fierro, Ketty Vivanco, Amable Bermeo, Manuel Reyes y Segundo Calle.

1 Ramiro Echeverría ha publicado un importante análisis de la reforma del sector salud en Ecuador, obra de lectura obligatoria para quien quiera entender este fenómeno en Ecuador. Echeverría, R. *El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate*. Quito: CEPAR; 1997.

en salud. Se produce, por lo tanto, una paradoja en nuestro pensamiento y acción en salud: *vivimos en un país que tiene un importante sistema de salud tradicional, que es poco conocido y no tiene un espacio dentro del quehacer teórico y práctico del sistema hegemónico de atención.*

Esta paradoja es aún más impactante si analizamos que en la realidad un gran porcentaje de ecuatorianos acceden al sistema informal y recurren a otros tipos de medicina diferentes a la dominante: el mundo sistémico representado por la medicina formal nacional relacionada con el complejo médico industrial nacional e internacional se halla totalmente alienado del mundo de la vida en salud de una buena parte de los ecuatorianos.

Por las razones anotadas, desde muchos sectores y desde hace mucho tiempo, se escuchan críticas al planteamiento tan cerrado y autosuficiente de la medicina hegemónica y en este momento esas críticas arrecian ante la posible instauración de un proceso de reforma del sector salud que desde ya diseña su derrotero sin gran interés por escuchar las voces de la población que desarrolla y consume aquel tipo de atención de salud a la que el sistema formal no ha querido ni desea tomar en consideración.

Este hecho particular nacional se ubica en un contexto de fin de siglo muy crítico frente a la supuesta única “verdad” representada por la ciencia y ante la supuesta única normatividad representada por el Estado. En efecto, el iluminismo que nos había prometido 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 constituir una ideología constantemente desmentida por la historia.

En el campo de la salud, estamos llegando al fin de un siglo en el que también la ciencia, la técnica y la norma, representada por el Estado,² nos habían ofrecido exorcizar la mayor parte de las enfermedades antiguas y modernas, pero este ofrecimiento tampoco se ha cumplido, no se cumplirá antes de terminar este siglo y quién sabe no será posible que aquello ocurra en el futuro si no existe un cambio importante en la forma de desarrollo actualmente dominante.

El quehacer en salud que intentamos “modernizar” o reformar pertenece a esa criticada razón instrumental que nos ha acompañado durante estos últimos siglos, la misma que no debería únicamente cambiar con miras a reproducirse como una variante más fuerte y más perfecta de lo mismo, sino que necesita integrar nuevos elementos que la permitan entender que “no ve que no puede ver, que no comprende que no puede comprender”³ y que puede terminar no haciendo nada nuevo ante la propia limitación en su quehacer.

El párrafo anterior nos da bases para advertir el peligro de que estemos viajando hacia una segunda paradoja consistente en intentar *modificar nuestros ineficientes e ineficaces servicios de salud sin cambiar las bases conceptuales y prácticas* que han guiado su estructuración.

La reforma del sector salud en Ecuador, como bien nos expone Ramiro Echeverría, tomará el camino que diseñen y construyan las fuerzas que logren mayor peso dentro del juego del poder. Si existen poderes que buscan un cambio más integral, aquello será un importante pasaporte para que ocurra una reforma más integral y “verdadera”. En esa medida, el sector salud podrá reformular sus características e imprimir un cuño más nacional, en la medida en que los

2 Ninfa León critica la interpretación de que el Estado sea el único representante de la norma, ella sostiene que la norma es también social y no solo estatal. Al respecto es importante reconocer que cada vez más la norma pierde su “sabor” a mundo de la vida y adquiere más una connotación sistémica.

3 Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta; 1991.

actores interesados en este cambio tengan la posibilidad de influir en su conformación.

Pero la capacidad de influir sobre un proceso de reforma no radica en la supuesta “verdad” de la propuesta, sino en la posibilidad de que aquella “encaje” teórica y prácticamente dentro de las potencialidades pintadas por el movimiento estructurante que vive actualmente la reforma ecuatoriana. En otras palabras, el sistema informal de salud podrá participar con mayor fuerza en la estructuración de la reforma, en la medida en que sus bases teóricas, metodológicas y técnicas puedan transformarse en “instrumentos” capaces de abrir y conquistar “espacios” dentro del debate y el movimiento de la reforma.

Estamos, entonces, hablando de la posibilidad de que la medicina tradicional y el sistema informal de salud participen en el proceso de reforma que tiene una clara “militancia” formal y que habla un lenguaje moderno y occidental. Esta posibilidad puede ser rechazada por una buena parte de los asistentes a este seminario, quienes podrían considerar que el sistema de salud dominante que se intenta reformar no es el más aconsejable y debería ser sustituido por el sistema informal. En este caso estaríamos hablando de una transformación más profunda, la misma que se emparenta con una opción revolucionaria. Obviamente esta propuesta tendría otro tipo de tratamiento y no corresponde al trabajo solicitado por los organizadores de este evento.

Las reflexiones anteriores nos permiten situar una primera pregunta:

- ¿Qué es lo que se requiere para que la medicina tradicional y el sistema de salud informal logren un mayor peso dentro del proceso de reforma del sector salud?

Es muy difícil para el que escribe estas líneas reflexionar desde la medicina tradicional o desde el sistema de salud informal en búsqueda de un planteamiento estratégico que posibilite encontrar las potencialidades de imbricación

y presencia transformadora frente al sistema formal de servicios de atención ya que mi conocimiento sobre medicina tradicional o sobre el sistema informal de salud ecuatoriano es muy limitado. Pero, en cambio, sí puedo aportar con algunas inquietudes sobre el sistema de salud formal, sus posibilidades y limitaciones; lo cual podría dar elementos para debatir alrededor de algunos “puntos de entrada” o elementos relacionales del sistema informal frente al sistema formal.

Para mi modo de ver nos hallamos en un momento donde la medicina occidental y el sistema formal de servicios de salud se encuentran ante un profundo cuestionamiento sobre su propia organización. Las bases teóricas que han sustentado su accionar han sido criticadas y ya no gozan del prestigio y seguridad anteriores. Por otro lado, las prácticas alrededor de la salud que tenían un cada vez creciente prestigio, hoy presentan inseguridades y buscan nuevos consejeros. El pensamiento y la acción alrededor de la salud se hallan en el banquillo de los acusados y tratan de encontrar nuevos caminos para recuperar su anterior capacidad explicativa y su seguridad terapéutica; momento de crisis que augura posibles cambios positivos o, al contrario, el retorno a viejas seguridades con el consecuente incremento de la inequidad y de la ineficiencia. En esta situación, la medicina tradicional y el sistema informal de salud podrían tener una importante influencia.

Las limitaciones y posibilidades del pensar en salud

La crítica alrededor de la medicina ya tiene algunos años. Desde los cuatro puntos cardinales diferentes pensadores han sugerido la necesidad de cambios importantes que tienen que ver con **a)** su encuadre cientificista-positivista; **b)** su incapacidad de comprender la naturaleza humana integral; **c)** su afán de extender su influencia medicalizadora sobre aspectos de la vida social que no le corresponde; **d)** su naturaleza iatrogénica; **e)** su carácter autoritario; **f)** su excesivo

énfasis sobre la enfermedad; **g**) su concepción de la salud como no enfermedad, **h**) su creciente costo, etc.

En general, la medicina como disciplina científica tiene que soportar la crítica que se origina sobre la ciencia clásica en general y su ampuloso intento de normatizar todo el comportamiento de la materia inorgánica, biológica y social. La ciencia, supuestamente, estaría en capacidad de explicar las leyes de los procesos a través del estudio de las causas, lo cual, a su vez, le posibilitaría predecir el futuro. A través de su capacidad de conocer el pasado causal, que supuestamente determina toda la realidad presente y posibilita al investigador predecir el futuro, la ciencia se transforma en el *medio* privilegiado de conocimiento y en el dictador de los *finés* u objetivos de comportamiento de cuerpos inanimados y animados.

En esta forma, todas las ramas científicas gozarán de estas prerrogativas: serán el correlato de la verdad absoluta y al mismo tiempo deberán ser la guía para el comportamiento futuro. En el caso de la medicina, el paciente tendrá que “pacientemente” soportar el dictamen sobre su ser y, a su vez, acoger las recomendaciones sobre su deber ser. Todo su comportamiento queda explicado y determinado inapelablemente desde fuera. El paciente no puede establecer las bases de su comportamiento saludable porque éstas quedan en manos del conocimiento y de la técnica que toman el ropaje de la verdad, la eficacia y la justicia.

Los nuevos planteamientos alrededor de la ciencia, que comienzan a ganar fuerza a partir de la segunda mitad de este siglo, reconocen la capacidad de la ciencia para explicar los aspectos estructurales de los procesos, pero a su vez

aceptan que en el presente ocurren fenómenos que emergen a partir de la propia actividad de la materia, produciendo cambios que no pueden ser totalmente explicados por el determinismo. En esa medida, los nuevos paradigmas científicos reconocen que existe una diferencia entre el hecho y el devenir: el hecho está allí pero puede llegar a ser diferente por el desarrollo de las propias fuerzas que surgen en su interior ya que no todo está determinado y, en esa medida, si bien podemos conocer al fenómeno como hecho producido, determinado, no nos es posible conocer ni predecir exactamente su devenir: la ignorancia que anteriormente pensábamos era contingente, ahora aparece como necesaria. No somos capaces de predecir el devenir porque sencillamente no podemos predecir el comportamiento que adoptarán las partículas y cuerpos en actividad y relación.⁴

Aquella expresión de Lévy-Bruhl “la naturaleza alrededor de nosotros es orden y razón, exactamente igual a como es la mente humana”⁵ ahora ya no tiene vigencia. Más bien, nuestra visión de la naturaleza está sufriendo un cambio radical donde aparece con cada vez mayor fuerza la necesidad de ver lo múltiple, lo temporal y lo complejo.

En el ámbito de la biología, la noción de complejidad se introduce en muchas áreas. Por ejemplo, en la embriología, Waddington propone la noción de *epigénesis*. Para el autor cada etapa embriológica consiste en un proceso de llegar-a-ser dependiente del estado inmediatamente anterior. En cada etapa ocurre la producción de nuevos niveles de información. Esta idea ha sido llevada a otros momentos del desarrollo ontogénico del individuo y sobre todo al estudio de los procesos de aprendizaje, así como al campo de la filogenética.⁶

4 Una discusión más amplia sobre este tema se encuentra en Granda, E. y col. “Salud pública: hacia la ampliación de la razón”. En: *Salud al final del milenio*. México: Universidad de Guadalajara; 1995.

5 Lévy-Bruhl. *La Mentalité Primitif*. Paris: PUF; 1922. Mencionado por Prigogine y Stengers.

6 Vieira, A. B. *Etología e ciencia humanas*. Lisboa: Imprensa Nacional; 1983.

Vieira define la epigénesis como un proceso donde se da el “desarrollo en planos superpuestos de integración en los que los niveles evolutivos ulteriores (apicales) exceden funcionalmente al sumatorio de los precedentes (basales) de los que derivan, y comportan un nivel superior de complejidad”.

La definición anterior de Vieira posibilita reconocer que también en la biología se acepta en este momento la existencia de un sistemismo complejo, muy diferente a aquel que nos propondría Ludwig Von Bertalanfy en las décadas sesenta y setenta. La propuesta actual reconoce que “la evolución del sistema no está ligada a leyes generales sino a sus propiedades intrínsecas, de tal suerte que los comportamientos posibles no son predictibles, pues son dependientes de la historia propia del sistema (y de sus condiciones iniciales)”.⁷

No estamos plenamente de acuerdo con los planteamientos de Vieira. En trabajos anteriores hemos adoptado, más bien, la propuesta de Prigogine y Stengers de aceptar la presencia “del tiempo y de la eternidad”. En otras palabras, estaríamos aceptando la presencia del “origen” y de la “emergencia”, de lo dado y del dándose, de las leyes generales y de las leyes particulares.

El pensamiento en las ciencias sociales y políticas⁸

No solamente en los ámbitos de las ciencias físicas y biológicas han aparecido grandes críticas a los paradigmas “duros” que encausaron su desarrollo durante los últimos dos siglos, sino que también las ciencias sociales han participado de un similar movimiento. Es por esto que Prigogine y Stengers⁹ hablan de la posible *nouvelle alliance* que se produciría entre las ciencias na-

turales y sociales, toda vez que las dos buscan entender la naturaleza y al ser humano como *sujetos*, es decir, como seres que se hallan supeitados a leyes generales, pero que también responden a sus propiedades intrínsecas. Seres determinados por la historia, pero también indeterminados ante la misma por causa de su propia historicidad. Seres ubicados entre el tiempo y la eternidad, entre lo dado y el dándose.

En efecto, hemos vivido dos siglos bajo el convencimiento de que la razón y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales y políticos. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, a través del cual nos sería posible organizar un centro o Estado, 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 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 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.

7 Castiel, L. D. *O buraco e o avestruz*. São Paulo: Papirus; 1994.

8 Muchas de las ideas depositadas en este acápite fueron tomadas de Granda, E. “El sujeto, la ética y la salud”. En: *Salud pública: reflexiones y experiencias* 3, marzo de 1997.

9 Prigogine, I. y Stengers, I. *Order out of Chaos: mans new dialogue with nature*. New York: Bantam Books; 1984.

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”.¹⁰

La idea de modernidad sustituye a Dios por la ciencia, la misma que debe 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 ascetismo 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 rasa de las creencias y formas de organización que no descansan sobre postulados científicos o sobre la razón instrumental*.

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 demostraciones 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 pla-

cer 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 la siguen”.¹¹ 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 debe jugar en su sociedad; *no tiene necesidad de mirar a 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 funde con el sistema, el individuo con la ley, la felicidad con el civismo. “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”.¹² De esta forma todo lo que no sea racional y natural es marginado; en el plano particular los sistemas de salud no “santificados” por la ciencia y el poder estatal también dejan de tener fuerza e importancia.

10 Touraine, A. *La crítica de la modernidad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; p. 448.

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

12 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 utilidad social. El hombre 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 sustituirían 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, es, según el propio Weber, 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, sistema formal y sistema informal de salud. Aún más, la modernidad es también “reconocimiento de los derechos, ya que el ser humano es diferente por naturaleza, sino que aspira a ser igual por derecho”, aspectos que abordaremos en la última parte del trabajo.

El siglo XIX posibilita que la modernización económica acelerada transforme los principios del pensamiento nacional 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.¹³

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.

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 al mismo tiempo 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 medicina tradicional y los sistemas informales por la medicina occidental y los sistemas formales.

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 tomó la forma de taylorismo, o en experimentos totalitarios guiados por la filosofía de la historia. La razón nos posibilitó descubrir nuevos mundos,

13 Ninfa León sostiene que “el eje de la modernidad de los siglos XIX y XX es la separación entre lo público y lo privado con la excesiva valoración de lo primero frente a lo segundo” (comunicación personal).

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 huela a modernidad. En el plano particular de la salud, la queja de la frialdad y tecnologismo de nuestros servicios de salud se repite todos los días.

La modernidad vive en estos momentos en 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 ha llevado, según Habermas, a la colonización del mundo de la vida por parte del sistema y al apareamiento de las patologías sociales, culturales y de la personalidad que en

estos momentos vivimos. A partir de Habermas también podríamos explicar como la medicina tradicional y el sistema informal de salud también son colonizados por la medicina sistémica y por el sistema formal de salud.

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*).^{14, 15} Este autor también explica como el ser humano pasa a ser explicado por la ciencia positiva, la misma que no da ningún asidero a métodos de investigación basados en propuestas interpretativas de la vida, tales como la fenomenología, la hermenéutica gadameriana, el estudio del lenguaje ordinario, etc.

Bidet 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.¹⁶ En ese plano de la socialidad o de lo público no estatal se encuentra el sistema informal de salud que también fue dejado de lado.

Touraine encuentra que la modernidad ha estallado y que la idea clásica de unidad es hoy nada más que una nostalgia. El primer fragmento está constituido por el deseo del ser, por el ello nietzschiano expresado en la sexualidad, el mismo 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 el consumo en 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

14 Giddens, A. *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial; 1994.

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

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

el tecnologismo. 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 constituyen las luchas nacionales, que se separan cada vez más de la razón y rescatan su sentimiento de identidad y cultura, pero que también entrañan el peligro del 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. Esta modernidad estallada, según Touraine, no constituye una nueva etapa de la modernidad sino su descomposición; demuestra un movimiento disociador entre el ser y el cambio, entre lo individual y lo colectivo, 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”.¹⁷

La técnica no constituye el elemento fundamental a ser criticado, es más bien 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”.¹⁸

La medicina tradicional y el sistema informal de salud son, en alguna medida,¹⁹ parte de nuestra cultura y nuestra identidad, son parte de nuestra subjetividad, las mismas que pueden apoyar la constitución de un movimiento en salud que transforme nuestro pensamiento y nuestro servicio en función de una proyección más unitaria entre el ser y el cambio, entre los hechos y el sentido, entre lo individual y lo colectivo. O puede, en su defecto, halar hacia una mayor segmentación del pensamiento y de la práctica en salud.

El sujeto

Cuanto 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 un sujeto representado por las leyes racionales e inteligibles al pensamiento del hombre.

17 Touraine, A. *Crítica de la modernidad*. Op. cit., p. 137.

18 *Ibidem*, p. 139.

19 Decimos que la medicina tradicional y el sistema informal son, en alguna medida, parte de nuestra cultura, de nuestra identidad, porque, conforme apunta Ninfa León, éstos “son una resultante de sociedades distintas ‘premodernas’ donde las rupturas de las que hablamos no se han dado... son marginales, desintitucionalizadas y traducen cosmovisiones distintas, pero también están posiblemente cargadas de formas de dominación anteriores”.

En la modernidad fragmentada nuevamente se hace presente la subjetividad como sexualidad y cultura que reclaman el lugar del que fueron retirados, 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.

En esta época surgen, entonces, 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 obligación 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.²⁰ El actor busca construir una sociedad para el ser humano y no un ser humano para la sociedad. De la misma forma, el actor en salud busca construir un sistema de salud para el ser humano y no un ser humano para servir al sistema formal de salud.

Lo anterior nos impulsa a sustituir el análisis de situaciones por el análisis de las acciones, el funcionalismo por la teoría de la acción, el pensamiento dominante sobre las clases sociales por la de los movimientos sociales, donde la clase realmente constituida como producto de las relaciones sociales y técnicas de producción da paso al movimiento que posibilita construir la sociedad y su propia subjetividad como única

forma de defender sus propios derechos. En este sentido, la posibilidad de una reforma de importancia en nuestro pensamiento y acción en salud dependerá de nuestra posibilidad de conformar un movimiento que reclame la construcción de servicios de salud que sean producto de los diversos grupos sociales y de su subjetividad.

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 con múltiples lenguajes: que habla como Yo, pero que también habla como un ello, como una historicidad cultural, como un nosotros familiar y como un actor social.²¹ De lo que se trata es de evitar el triunfo del pensamiento instrumental que conduce a la opresión, mientras que el exceso de subjetivismo lleva a la falsa conciencia. En el ámbito particular de la salud, la reforma tendrá que superar el exceso de pensamiento instrumental que ha posibilitado el mantenimiento de servicios marginadores, opresores e inequitativos, pero al mismo tiempo deberá controlar el exceso de subjetivismo que podría llevar a una dictadura de la subjetividad.

La necesidad de reflexionar la manera de actuar en la modernidad estallada lleva a Touraine a proponer que los fragmentos actualmente existentes: empresa, 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 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

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

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

yo, reconocimiento del otro y el fortalecimiento del movimiento social. A nivel particular, todos nosotros, como ciudadanos que pretendemos llevar a cabo la reforma de nuestro sistema de salud, deberíamos igualmente perseguir la conformación de un sistema que no solo dé cuenta de la razón que posibilitó el apareamiento de la medicina occidental, sino, al mismo tiempo, luchemos por la constante construcción del sujeto en cuanto formas de medicar y de caminar por la vida en búsqueda de la salud más unidas a nuestra cultura, a nuestras veracidades y eticidades y a nuestras prácticas ancestrales. En esta forma de pensar, la medicina tradicional y el sistema informal de salud tendrían una voz importante.

Ahora bien, la constitución del sujeto no significa únicamente el logro de su identidad en soledad, sino que el sujeto 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. Entonces, el *nuevo ciudadano en salud* necesariamente tendría que participar en los movimientos que intentan unir subjetividad y racionalidad a través de la construcción de democracia. En esta forma, la noción de 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.²²

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 supuestamente redimiría la historia, entregó a la élite política, supuesta exégeta 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, un tanto injusta, bastante ineficaz y muy eficiente en cuanto dominación de los seres humanos. Hemos perdido la confianza en la teleología, el evolucionismo social y el providencialismo,²³ nos queda una convicción de que el sistema no puede ser identificado con el mundo de la vida, conforme sustenta Habermas.²⁴ Que el ser humano es un animal que habla y que cuando nos entendemos con él *no* encontramos un universo “predado” de objetos, sino con uno que está constituido o producido por la acción de sujetos y que por lo tanto requerimos de una doble hermenéutica para descubrir como la “estructura es constituida a través de la acción... y recíprocamente, como la acción es constituida estructuralmente”.²⁵ En resumen, las ciencias sociales sostienen que el mundo humano es un mundo dual de racionalidad y subjetividad.²⁶

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 ya no es aceptada como la verdad, sino como una de las verdades existentes, mientras que otras verdades son constituidas por los propios sujetos y 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

22 “o a una nueva versión de ciudadanía”, sostiene Ninfa León.

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

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

25 Giddens, A. *New Rules os Sociological Method*. California: Stanford University Press; 1993, p. 168-170.

26 Touraine, A. *¿Qué es la democracia?* Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1994.

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 le 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) y “un nuevo público que no se escinda de lo privado”.²⁷

No se trataría en este momento de construir únicamente la verdad, sino de rescatar “valores verdaderos” como propone Agnes Heller²⁸ (libertad, personalidad, igualdad, humanidad, felicidad y vida humana) que constituirían guías o visiones que iluminan el futuro. O verdades intersubjetivas que se construirían 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, las 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 que 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 como ve la gente y tiene que interpretar la forma como la gente comprende.²⁹

Bajo este criterio, la reforma del sector salud debe aprender a mirar como la gente ve y además tiene que interpretar la forma como la gente comprende para luego apoyar con los instrumentos de la ciencia esta forma de ver, comprender y hacer. En esa medida, las otras medicinas y la experiencia histórica del sistema informal de salud tendrían la posibilidad de “teñir” de humanidad y cultura nuestro frío sistema de salud, al mismo tiempo que entregan los conocimientos y saberes, las prácticas de reconocida solvencia y las técnicas eficaces. Por otro lado, la medicina tradicional y el sistema informal de salud pueden ganar mayor capacidad de diagnóstico y mayores posibilidades acción a través de la imbricación con los conocimientos, métodos y técnicas científicas.

Las potencialidades del pensar

Tanto las duras ciencias físicas y biológicas como las blandas ciencias sociales y políticas hablan hoy lenguajes diferentes. Unas y otras quieren ver, reconocer, comprender y oír al sujeto. Se hallan desengañadas con la razón instrumental y sus trescientos años de dictadura. Encuentran hoy la posibilidad de un nuevo entendimiento entre el sujeto y la razón y plantean una *nouvelle alliance*.

Habíamos indicado al inicio del trabajo que no me era posible proyectar el análisis desde la medicina tradicional o desde el sistema informal

27 León, N. Comunicación personal.

28 Heller, A. “A filosofía radical”. Mencionado por De Melo Filho, D. *Contribuição a compreensão e crítica da epidemiologia social*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia, Salvador; 1994.

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

de salud por razones de mi pobre conocimiento, pero sí es posible indicar que lo que ocurre actualmente en la teoría científica abre grandes posibilidades para escuchar los mensajes y requerimientos de los sujetos. En otras palabras, contamos con el apoyo de la filosofía de la ciencia (epistemología) que aboga por una epistémica más amplia, disponemos también de un desarrollo teórico capaz de dar cuenta de aspectos que antes eran rechazados porque no cumplían con los postulados de la lógica formal o con las restricciones impuestas por un mundo científico que no podía tomar en cuenta el devenir y el presente. Ahora, ese mundo dual compuesto por ciencia y cultura, por razón y sujeto, por sistema y mundo de la vida reclama ver, comprender, explicar y hacer de manera distinta. Urge, en el momento actual, comprender que vivimos un mundo cambiante, diverso, temporal y complejo.

En el campo específico de la reforma del sector salud, los nuevos planteamientos que hemos delineado en párrafos anteriores nos posibilitan pensar sobre la necesidad de que el mundo del sujeto, constituido, entre otros, por la medicina tradicional y el sistema informal de salud puede hacer parte de una forma de pensar y accionar en salud más amplia y profunda.

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

La enfermedad ha estado profundamente relacionada con la ciencia, el Estado y el mercado. La clínica se constituyó alrededor de la mirada sobre el cuerpo biológico enfermo.³⁰ El Estado

también privilegió, como policía médica primero y como política social más tarde, su accionar alrededor de la enfermedad, mientras que el mercado encontró en la misma su factibilidad de intercambio y ganancia.

El retorno del sujeto entraña comenzar comprendiendo al ser humano en su sí mismo biológico para interpretarlo, como dice Edgar Morin³¹ en su auto-eco-organización, 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. Un ser-así.³²

En esa medida, tanto en el ámbito biológico como en su individualidad y socialidad, 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 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 creamos nociones de centralidad o Estado. También sufrimos, tenemos miedo y

30 Foucault, M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI; 1996.

31 Morin, E. *La noción de sujeto*. Op. cit.

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

enfermamos, pero en ningún momento las ideas de enfermedad y muerte dominan nuestras vidas sino cuando ya no podemos “normatizar nuestro ser”.³³

En estos momentos existe gran urgencia en comprender y defender la vida. 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,³⁴ 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 el dinero. El retorno del sujeto implica, 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 pensadas 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. Aspectos que son tratados en forma diferente por la medicina tradicional y por el sistema informal de salud, de los cuales debe la medicina occidental aprender mucho.

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 los servicios de salud 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 hacen 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 como Ecuador donde las diferencias culturales internas son grandes.³⁵

Pero el ambiente de la salud va más allá de los servicios. El ambiente natural fue explicado por la ciencia pero parece que no llegó a comprenderla. Nuestro espíritu guerrero y racionalista está derrotando a la naturaleza³⁶ y ha logrado globalizar el mundo produciéndonos una visión caleidoscópica, 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. El pensamiento indígena tradicional propone una relación diferente con la naturaleza que debe ser rescatado.

Hasta aquí nuestra reflexión nos lleva a ratificar la necesidad de establecer nuevas formas de ver lo antiguo o rehabilitar viejas formas de ver lo nuevo que fueron dejadas de lado por la modernidad,³⁷ pero el encargo más difícil se relaciona con el hacer humano.

33 “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”. En: Canguilhem, G. *Ideología e Racionalidad nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70.

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

35 Granda, E. *El cólera en Guayaquil*. Quito: Fundación Ciudad; 1997.

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

37 *Ibidem*.

Si partimos del planteamiento anterior, en el que insistíamos que el retorno del sujeto entraña, al mismo tiempo, el pensar sobre la salud, entraña volver a las enseñanzas de Eugenio Espejo, Mario Testa, Canguilhem, Ibn Hazm, Bacilio de Ancira, Avicena, pero, por otro lado, también necesitamos volver al yo, al nosotros, a nuestra cultura tradicional referida a la salud 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 mundo que 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 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 asumida 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 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 otras palabras, la reforma del sector salud no será posible sino se abre un claro compromiso democrático donde no solo participen las fuerzas sistémicas que empujan la presencia de la razón, sino aquellas fuerzas que buscan el fortalecimiento del sujeto, su historicidad, cultura, ética y veracidad. La medicina tradicional y el sistema informal de salud representan en gran medida lo segundo. De esta manera estaríamos defendiendo un concepto nuevo de democracia que como dice Touraine “no se defina por el consenso ni por la participación, sino por el respeto a las libertades y a la diversidad”.³⁸

Los avances de la práctica

La aparición de nuevas formas de ver y comprender la realidad sustentadas por variados autores muy representativos, como Bachelard, Cangilhem, Capra, Bateson, Prigogine, Stengers, Maturana y Varela, Morin, Atlan, nos hablan sobre potencialidades de abordar los problemas ligados con la salud en una forma distinta a la que nos recomienda el positivismo. Estas formas de entender no están exentas de críticas. René Thom critica el “orden por fluctuaciones” de Prigogine y también “el orden por el ruido” de Atlan y recomienda no dejar de lado el determinismo para pasar al mundo de la complejidad, que podría llevarnos a la anticencia. De todas maneras, como dice Castiel, “Se torna cada vez más evidente la insuficiencia del modelo de causa y de cura vigente en el discurso biomédico pautado en la óptica fragmentadora... Es fundamental tomar en consideración los avances en el campo de los saberes que posibiliten viabilizar construcciones más satisfactorias de lo real,

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

compatibles con una visión más integrada (e íntegra) de lo que es lo *humano* en sus relaciones consigo mismo y con lo que le rodea”.³⁹

De forma similar, en las ciencias sociales ocurren importantes avances en el rescate de lo *humano* a través de una nueva conceptualización del *sujeto*, aspecto que hemos discutido en párrafos anteriores.

Consideramos que la reforma del sector salud tendrá que tomar en consideración tanto los aportes de las ciencias naturales como aquellos prodigados por las ciencias sociales y políticas. Al respecto, los cambios que actualmente ocurren en las ciencias naturales y en el propio andamiaje terapéutico de la medicina no es posible que sean analizados por quien escribe estas líneas, su desconocimiento es la traba más grave, pero, en cambio, podríamos asomarnos brevemente al campo de Salud Pública, para consignar si algunos de los planteamientos, pensamientos y teorías expuestas comienzan a ganar “condumio” práctico.

Al respecto, las ciencias sociales han podido desprenderse de su encuadre funcionalista y positivista dominante y han entregado nuevos elementos metodológicos, que han tenido alguna repercusión en la estructuración de nuevas proyecciones en los campos de la vigilancia epidemiológica y en la gestión en salud. La propuesta de Habermas de tomar en consideración el mundo de la vida con sus verdades preteóricas, eticidad y veracidad, como los ejes de la conformación de la personalidad, socialidad y cultura frente al mundo sistémico, ha tenido gran impacto en el ámbito de las ciencias de la salud. Por otro lado, el planteamiento del mismo Habermas de entregar una mayor fuerza a la racionalidad comunicativa frente a la razón instrumental también ha tenido una importante repercusión en nuevas propuestas de planificación, organización y gestión en salud. El trabajo de Francisco Javier Uribe Rivera *Agir comunicativo e planeamiento social* constituye un serio esfuerzo de construcción de

una alternativa metodológica donde el mundo de la vida y la acción comunicativa toman parte en la planificación y organización de los servicios de salud.

La apertura metodológica propuesta por Uribe Rivera habla sobre la posibilidad de que la planificación no solamente tome en consideración la razón instrumental económica, sino también la racionalidad normativa propia del mundo de la vida social. En otras palabras, el autor reconoce la posibilidad de que la racionalidad comunicativa tenga tanto peso como la racionalidad instrumental. Esa racionalidad comunicativa posibilitaría la presencia del mundo del sujeto mientras que la otra daría cuenta del mundo de la razón instrumental. A través de esta doble hermenéutica el mundo social dual se haría presente.

La propuesta de Uribe Rivera critica y supera el planteamiento de la planificación situacional de Matus y complementa la variante de pensamiento estratégico de Testa, los mismos que nos dieron grandes posibilidades de ver más allá de la racionalidad instrumental, al permitirnos introducir el mundo del poder político como un importante componente de la planificación y organización de los servicios.

Los desarrollos del pensamiento estratégico, planificación situacional y acción comunicativa en la planificación social hablan sobre la posibilidad de que otras racionalidades diferentes a la basada en una lógica medio-fin hagan parte de la planificación y organización de las acciones en salud. Hablan sobre la potencialidad de que a través de nuestra lucha por reformar el “sector salud” también logremos constituirnos como sujetos sociales, rescatar nuestra cultura e historicidad fundamentadas en formas de medicina tradicional diferentes a la dominante e impulsar el cambio de nuestros servicios.

Las elaboraciones de Giddens también pavimentan senderos para pensar diversamente y

39 Castiel, L. D. *O buraco...* Op. cit., p. 56-57.

fundamentar cambios en la forma de gestión hegemónica de los servicios de salud. La propuesta de Giddens consistente en interpretar la constitución de las instituciones sociales como un proceso que al mismo tiempo estructura la vida de las poblaciones, que a su vez empujan dicha estructuración de la sociedad, posibilita hablar de un proceso dual que comprende y explica al unísono la constitución de los actores y de la sociedad con sus instituciones. En esta forma, Giddens elabora un método que se aparta grandemente del funcionalismo, del evolucionismo y del providencialismo, y posibilita analizar tanto las fuerzas que provienen desde la vida cotidiana como aquellas que ya se han estructurado como instituciones o sistemas. Al romper el sistemismo funcionalista, Giddens nos ofrece importantes instrumentos para encontrar la manera de integrar los elementos integrantes de la medicina tradicional y del sistema informal de salud en la conformación de las instituciones de atención de salud que queremos reformar.

No conozco trabajos de aplicación práctica en salud que tomen en consideración el pensamiento y las propuestas metodológicas de Giddens, pero considero que, debido a la gran influencia del pensador inglés, deben existir importantes avances en el nuestro campo.

Touraine también es otro autor que hace una propuesta dual y que podría tener gran aplicación en el campo de la salud. Foucault ha concitado la atención en el análisis institucional y sus enseñanzas podrían tener gran importancia para el cometido que nos mueve. A nivel nacional, el pensamiento de Carlos Rojas ha abierto senderos para proponer prácticas distintas.

A más de los autores nombrados, una importante y seria producción de cuño posmoderno se hace presente, la misma que podría dar luces para criticar nuestras formas de pensar y nuestras prácticas y generar nuevas propuestas. De lo que se trata, en el momento actual, es de leer tanto los libros que nos vienen desde distintas latitudes, pero también leer el libro de la vida de

nuestras poblaciones con el fin de hacer una síntesis productiva.

La característica fundamental de esa productividad creo que debe ser la flexibilidad y el empeño de aprender y emprender. Me parece que debemos comprender que los grandes relatos han dejado de tener vigencia y que debemos encontrar la posibilidad de forjar verdades intersubjetivas que posibilitarán alumbrar nuestro camino, para dar algunos pasos y conformar propuestas que producirán su propia luz, pero que más tarde buscarán nuevos actores y sujetos que propondrán renovadas verdades intersubjetivas.

La reforma del sector salud: una versión

A partir de las anteriores reflexiones, puede ser de interés revisar algunos elementos teóricos y prácticos propuestos desde la OPS y por varios actores con los que se ha pensado y accionado alrededor de la reforma del sector salud. Las propuestas que se han elaborado y puesto en circulación entre 1995 y 1997 responden a aquellos elementos conceptuales y metodológicos que han sido analizados anteriormente. A partir de ellos, se indagan algunas proyecciones de carácter político.

En los debates llevados a cabo en provincias y cantones y en algunas instituciones interesadas con la reforma como un posible proceso democrático, se ha propuesto “mirar la reforma sectorial como un *acontecimiento*, es decir, como un problema que se está dando, que pertenece al presente, pero que está cargado de pasado y avanza hacia el futuro, es decir como un *es* que ha *sido* distinto y que *podrá* ser diferente. Otra característica del *acontecimiento* en cuanto noción o categoría es que, en sí, es un evento con significado, es un hecho que está ocurriendo, cargado de intereses positivos y negativos, pero posibles de forjar acuerdos y consensos dirigidos a la constitución de movimientos democráticos que luchen contra la dominación e inequidad. Además, al mirar el

problema como acontecimiento, éste aparece siempre en un estado inacabado y, como tal, acepta la influencia de múltiples verdades sostenidas por diversos actores, que a través de ellas intentan constituirse en sujetos: si es que se logra que los actores individuales y sociales construyan democráticamente el problema, en esa construcción se constituyen en sujetos de la democracia”.⁴⁰

Esta forma de mirar posibilitaría interpretar la realidad como *procedencia*,⁴¹ la misma que no enfatiza la continuidad y la evolución sino que resalta más bien la discontinuidad, la diferencia, el accidente, el acontecimiento. Por otro lado, se consideró que era conveniente que se la piense como *emergencia*,⁴² que se produce en un determinado estado de fuerzas, designa un lugar de enfrentamiento y muestra el juego de intereses”.⁴³

Bajo este criterio se estableció la existencia de diversas fuerzas ubicadas en el Estado y en la sociedad civil con diferentes puntos de vista sobre la reforma sectorial. Todas las fuerzas tienen algo o mucho que ver con la salud. El problema consiste en que cada grupo, por lo general, la ve desde su específico punto de interés, razón por la que la noción de acontecimiento debía trabajársela junto con una noción de *pacto o contrato social*,⁴⁴ la misma que comporta una antinomia interna: antinomia entre la contractualidad central del Estado y la contractualidad interindividual e intergrupal.⁴⁵

El énfasis en la noción de pacto o contrato permitiría, al mismo tiempo, internalizar alrededor

de la problemática salud todos los intereses “externos” y diferentes, reconocer el deber del Estado en el ámbito de las políticas sociales, realzar el principio de democracia como un medio y un fin, ratificar la necesidad de una ética articulada a la salud que factibilizaría establecer las posibilidades y los límites de los distintos aportes, reconocer las diferencias existentes entre los diversos actores y sujetos que propugnan una unidad o centralidad.⁴⁶

La noción de acontecimiento ha guiado la búsqueda de las diferencias, discontinuidades, las fuerzas en litigio, mientras que la noción de contractualidad posibilitaría encontrar una primera aproximación hacia la búsqueda de consenso alrededor de la salud. Este doble abordaje apoyó, por otro lado, el reconocimiento de una doble racionalidad existente en la realidad; una racionalidad ligada a la acción comunicativa dirigida al entendimiento⁴⁷ en las prácticas y poderes particulares de los diferentes actores y sujetos sociales y una racionalidad instrumental basada en el mundo sistémico.

En resumen, se parte de la idea que el estado de cosas en salud debe cambiar porque la situación de la salud de la población y de los servicios se deteriora cada vez más. Ahora bien, esa renovación formal (reforma) podría acompañarse de cambios que podrían competir con las actuales formas dominantes y poner en práctica nuevos comportamientos en el sector.

Se acepta que la reforma tiene que depositar en el tapete de discusión principios que constituyan

40 OPS/OMS-Ecuador. *Elementos de estrategia para cooperación técnica de la OPS/OMS en el Ecuador para el proceso de reforma del sector salud*. Ponencia presentada en la Reunión sobre Reforma Sectorial, Washington, septiembre de 1995.

41 Foucault, M. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta; 1980.

42 *Ibidem*.

43 OPS/OMS-Ecuador. *Elementos de estrategia*. p. 2.

44 Rawls, J. *A theory of Justice*. Op. cit.

45 Bidet, J. *Teoría de la modernidad*. Op. cit., p. 27-30.

46 OPS/OMS-Ecuador. *Elementos de estrategia*. Op. cit., p. 3.

47 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Op. cit.

su guía o visión: equidad, universalidad, integridad, calidad y solidaridad, pero es igualmente importante encontrar las posibilidades de que los aspectos ontológicos propios de nuestro país puedan tener vigencia.

Ecuador se caracteriza por su ser un país multiétnico, multicultural y multinacional que obviamente no está representado en nuestro Estado que se constituyó haciendo tabla rasa de esta realidad. Se trata de que la reforma en salud pueda, al menos en parte, tomar nota e integrar esta realidad. En otras palabras, no queremos viajar hacia una equidad, universalidad, integridad, calidad y solidaridad vacías, sino que éstas se constituyan como eventos con sabor a nuestra múltiple identidad. La única posibilidad de lograr aquello es que los dueños de esas identidades tengan vida en el propio proceso de la reforma.

Tres aspectos nos preocupan constantemente: ¿Cómo lograr que la *diversidad* se halle presente? ¿Cómo dar cuenta de esta gran *complejidad*? ¿Cómo romper la idea de eternidad, constantemente embarcada en la ciencia y técnica que acompaña nuestro accionar, para dar paso a un planteamiento de *temporalidad*, el mismo que nos posibilitaría experimentar y asombrarnos ante la eterna creatividad de nuestro pueblo para vivir y forjar su salud?

Consideramos que hasta el momento actual nuestra búsqueda puede tener un asidero parcial en lo que tenemos. En otras palabras, el pensamiento debe buscar un asidero en esa proyección tecno-política actual y posible.

Un primer punto de llegada puede constituir lo *local*. En efecto, la vida muestra sus aristas más visibles en los pequeños espacios, ya que el am-

biente inmediato es socializado por los hombres y mujeres en su diario devenir. En ese espacio que conquistan y se mueven los humanos logran constituir su pertenencia que les conecta con su pasado, les posibilita constituir sus verdades, eticidades e individualidad, y les faculta mirar el futuro. En lo local también se programan y desarrollan las acciones que posibilitan la supervivencia de las familias y comunidades. Pero en lo local “también se dan todas las prácticas que responden a una cultura política no democrática. Es esa misma cultura que fundamenta los relacionamientos que se ven magnificados en el centro, en el Estado”.⁴⁸

¿Cómo apoyar la constitución de *actores locales*? Es una de las preocupaciones sobre las que actualmente se trabaja. Hasta el momento, se considera que dos términos intentan dar una contestación inicial a esta pregunta: *participación y calidad*.

La noción *participación* comanda a buscar la cultura, historicidad y politicidad local. Entraña la transformación de los técnicos en intérpretes de las necesidades de los grupos humanos que se distribuyen en ciudades y áreas rurales. En esa medida, se considera que los intérpretes técnicos tienen que llevar a cabo una hermenéutica que posibilite el descubrimiento de las verdades preteóricas que producen los sujetos individuales en su propia práctica; las eticidades que posibilitan construir redes relacionales y organizaciones; y las identidades histórica y simbólicamente construidas que fundamentan la personalidad de los individuos que allí viven; las prácticas que posibilitan su reproducción social; las relaciones que mantienen con el entorno natural y social.⁴⁹

La *calidad* posibilita visualizar la población, los trabajadores de los servicios y su productividad,

48 León, N. Comunicación personal.

49 Al respecto se puede consultar: Rojas, C. “Mundos simbólicos y subjetividad”. Revista de Investigaciones de la Universidad del Azuay, Cuenca: 1995. Granda, E. *El cólera en Guayaquil*. Op. cit. Granda, E. y col. *Salud pública: Hacia la ampliación*. Op. cit.

pero al mismo tiempo factibiliza una ampliación de la mirada hacia la búsqueda de una calidad que dé cuenta de la identidad poblacional y del personal que allí labora.

Un segundo punto de reflexión constituyen aquellos *actores organizados* que defienden la salud y la vida miradas desde su propia particularidad. Nos referimos a los movimientos indígena, de derechos humanos, mujeres, sindicatos, etc. La posibilidad de interpretar las necesidades particulares, que pueden ser impulsadas y al mismo tiempo posibiliten encontrar consensos, es parte del reto.

Un tercer punto de llegada en la reflexión constituye lo *provincial*. En la provincia se sintetiza muchos de los sentimientos y realidades regionales. En ella se deposita la normatividad propia de la región y se procesa la normatividad que se recibe desde el centro o Estado. Desde la provincia se construyen propuestas autonómicas de análisis y crecimiento regional. Es por esto que se considera que desde la provincia se pueden activar propuestas de reforma regionales que discutan, critiquen y busquen interrelaciones con las otras provincias y critiquen aquellas que se originan en el centro o Consejo Nacional de Salud.

Desde las provincias, en tanto conformación política legal e históricamente constituidas, también es posible pensar el poder político ejercido como 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”.⁵⁰ Ahora bien, la potestad individual y particular se realiza en tanto posibilidad de influencia de la periferia al centro, en la medida en que existan canales relacionales para su ejercicio. Las

relaciones provincia-centro tienen existencia material, que deben ser analizadas y activadas. Para el efecto, en este momento se reflexiona con mucha fuerza alrededor de la política de *descentralización*.

Consideramos que el derecho a la salud es importante reactivarlo, como un *derecho civil*, en tanto reclama la propia definición de la salud y vida por parte de las poblaciones; como un *derecho político* que busca conformar públicos que analizan y buscan un espacio para opinar y definir la forma como se llevará a cabo la descentralización, la organización de las acciones y su gestión y sobre todo en tanto definición de las políticas de salud y control social; y un *derecho social-económico* que busca la redistribución de los recursos para posibilitar la mejor construcción de las estrategias y prácticas en salud. En otras palabras, la reforma en salud nos podría llevar a hablar del derecho ciudadano bajo las características que hemos apuntado anteriormente.

En esta experiencia, hemos visto como se constituyen nodos que impulsan propuestas que intentan construir espacios democráticos de debate y análisis de la reforma, algunos de ellos han avanzado, otros se han debilitado. Desde febrero, de 1997 aquellas experiencias pueden posiblemente fortalecerse, gracias al impulso que reciben de algunas asambleas provinciales que comienzan a dar atención a la salud.

Los que en este momento nos hallamos preocupados por encontrar un camino en la reforma de salud en el país, que en alguna forma se relaciona con la “Reforma universal publicista, como tentativa de democratización”, analizada por Sonia Fleury en su obra *Estado sem Cidadãos*,⁵¹ consideramos que no podremos detener el inmenso poder del capital financiero que busca llevar al

50 Bidet, J. *Teoría de la modernidad*. Op. cit., p. 106.

51 Fleury, S. *Estado sem Cidadãos: A Seguridade Social em América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.

mercado los fondos de las contribuciones de los asegurados, que tampoco podremos detener el poder de las agencias financiadoras unidas con los consorcios médicos que procuran la eficiencia y la privatización de los servicios, así como tampoco podremos enfrentar el profundo deterioro de nuestros servicios públicos y la falta de incentivos de nuestro personal, si no activamos un proceso de reforma democrático. De otra manera, los derechos a la salud se transformarán en derechos de las empresas, de la sociedad de consumo y del mercado, de ciertos nodos de poder ubicados en el gobierno o próximos al mismo. En un país oligárquico como Ecuador no es posible pensar en otra forma.

En estos momentos de eclipse de la verdad absoluta, las verdades se construyen entre todos y como un proceso humano, político, cultural, científico y ético. Es por esto que desde nuestra limitada experiencia, lo único que podemos plantear es que los procesos de reforma pueden ser espacios de lucha para el apareamiento de sujetos y actores por la salud, o “públicos por la salud”, que podrían poner en el tapete de discusión y en el campo de la acción los derechos a la salud. Bajo este planteamiento, la medicina tradicional y el sistema informal de salud juegan un papel de singular importancia.

Artículo 15

Globalización y reforma sanitaria*

Realidad y misticismo

La discusión alrededor de la reforma sanitaria en Ecuador no es nueva y presenta, por sí sola, rasgos de notoria complejidad. Esta complejidad se incrementa cuando la reforma intenta ser comprendida y analizada con relación al proceso de globalización.

En un trabajo anterior se abordó, muy escuetamente, la problemática de la reforma del sector salud,¹ razón por la que considero que no es conveniente volverla a analizar. Además, otros autores han proporcionado importantes aportes para el debate en este campo, muy especialmente Ramiro Echeverría,² que ha producido un serio análisis de lo que ha intentado realizar este país en el ámbito de la reforma sectorial en los últimos años.

Considero que valdría la pena abordar la relación reforma y globalización desde este segundo término.

Globalización

Una primera pregunta surge: ¿qué mismo es la globalización? No es tan fácil contestarla; el *Pequeño Larousse Ilustrado* define *global* como “general, total, considerado en su totalidad” y no da cabida al término globalización. Al no tener una definición clara, no tenemos otra alternativa que crear con las palabras la “realidad globalización”.

Podríamos proponer que hablamos de globalización cuando *algo o alguien está cubriendo el globo*

terráqueo (¡Un fantasma recorre el mundo y no solo recorre Europa!). O también podríamos decir que *algo o alguien ya cubrió el globo terráqueo* (¡qué horror, no ha sido un fantasma sino una realidad táctica!). Cuando lo segundo ocurre, por lo general, la existencia de cualquier cosa o persona suele ser analizada en sus antípodas. En otras palabras, el ser existe en la medida que se encuentra siendo parte de ese algo que cubre el globo o, sencillamente, si no es parte de ese algo, el ser no existe o está asegurada su desaparición. Por ejemplo, la existencia de un cuerpo animado está asegurada por su capacidad autopoiética o de autoorganización. Cuando una organización con vida pierde su capacidad autopoiética, indefectiblemente, muere.

Algo similar escuchamos todos los días en los ámbitos político, social y económico. Los gurús de la globalización y del neoliberalismo nos dicen que se ha descubierto que el cálculo de utilidad y la competencia es la gran verdad, que se expresa en un lenguaje económico. Advierten que la salvación del mundo ocurrirá, siempre y cuando, todos los países, pueblos, grupos e individuos se cobijen dentro de la *global financial network*. Que esta verdad es, además, buena (moral) y, por otro lado, justa y eficaz. En otros términos, quien acepta esta doctrina tiene ganado el “cielo”, mientras que quien no acepta, está definitivamente condenado a la desaparición o a la muerte.

¡Existo si me identifico con ese algo, o no tengo derecho a la existencia, si no me identifico con ese algo!: el todo, la nada, lo total, lo global, el

* Ponencia presentada en Cuenca, febrero de 1998.

1 Granda, E. “Algunas reflexiones sobre la reforma sectorial de salud en el Ecuador: una versión”. En: *Salud pública: reflexiones y experiencias*. 1(1): 7-30, 1 de agosto de 1996.

2 Echeverría, R. *El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate*. Quito: CEPAR; 1997.

nunca, el siempre, el jamás... Palabras que nos han acompañado durante este fastuoso siglo XX y que parece que van a tener la fuerza suficiente para guiarnos o embaucarnos en nuestro deambular durante el próximo milenio.

En honor a las verdades, bondades, beldades globales se han creado no solo palabras horribles, sino también regímenes donde todos los que *no* se han identificado con esas globalidades han debido pasar a hornos crematorios o han sido transformados en colonizadores de los *archipiélagos Gulag*.

Pero parece que no solo en este siglo de globalidades y totalidades con sabor a totalitarismos de derecha e izquierda nos hemos enamorado de esas palabras, sino que todo el tiempo vivido en la sociedad occidental, de la que somos herederos parciales, hemos pasado buscando al absoluto, a lo global. Quién sabe, solo en la Grecia presocrática y politeísta, Grecia en la que todavía no se acuñaba el concepto metafísico de verdad, las cuestiones fueron, en algunos momentos, juzgadas a través del criterio o juicio válido basado en los poderes atribuidos por los sentidos comunitariamente estructurados;³ de otra forma, aun hasta la propia conciencia, como la resolución de superar la imperfección del hombre por medio de la comprensión del todo, fueron heredados del reino de la mitología griega.

La preocupación sobre la contingencia humana no curable por medios técnicos o formas obvias, tangibles o remediables ha sido una de las preocupaciones fundamentales de la filosofía desde la época griega postsocrática hasta casi nuestros días; decimos “hasta casi nuestros días”, porque parece que el pensamiento de moda globalizador descubrió, en buena hora, la piedra filosofal: ahora sí, supuestamente tenemos la solución para nuestra contingencia: integramos a la red

de valorización del capital financiero e identificamos con su fin: el cálculo de la utilidad.

Aristóteles se refiere, por ejemplo, a los juicios contingentes como aquellos que predicen de un objeto algo que puede o no aplicarse a él sin modificar su naturaleza y, por otro lado, reconoce que todo ser creado tuvo un comienzo en el tiempo, por lo que hubo un tiempo en el que no existió y, por lo tanto, no existe de forma necesaria, siendo entonces también *contingente*.

Para los escolásticos (siguiendo a Aristóteles), el hombre, al ser contingente y accidental es, al mismo tiempo, un ser humilde y necesitado de vivir en constante elogio al creador. El platonismo declara que siendo el ser humano finito y temporal, necesariamente “el hombre es otro que él mismo”, es decir, su existencia empírica, temporal y táctica no es idéntica con el ser ideal, perfecto, extratemporal de la humanidad en cuanto tal. Para que el hombre pueda ser el mismo tiene que salir de su contingencia, tiene que buscar ese ideal, que para el pensamiento globalizador de moda se encontraría en la pertenencia a la red global, con lo cual, toda la angustia filosófica de Aristóteles y Platón se habría resuelto.

Por la razón de la *contingencia*, para el platonismo, “el mundo es un exilio”,⁴ es un momento de vivir en la degradación, en la hipóstasis. Para retomar al absoluto, al ser, es necesario, para Plotino y para los platonistas cristianos, disolver todos los lazos con la realidad externa, de forma tal que el alma pueda comunicarse con aquello que constituye su ser más íntimo. Ahora que tenemos Internet, supuestamente estas grandes inquietudes de Plotino el teósofo se superarían, porque parece que es más fácil retornar al absoluto, romper los lazos con nuestra realidad inmediata y globalizarnos sin más preguntas, para de esta forma salir del “exilio” ecuatoriano en que vivimos.

3 Echeverría, R. *Ontología del lenguaje*. Santiago: Dolmen Estudio; 1996.

4 Kolasowski, L. *Las principales corrientes del marxismo: Los fundadores*, Tomo I. Madrid: Alianza Editorial; 1985.

Para la teogonía de Eriugena la deidad, al haber creado un espíritu finito, libera a éste de su finitud (cuando muere) y le recibe de nuevo en sí, y al hacer esto, enriquece su propio ser, posibilitando en esta forma la superación de la contradicción entre el sujeto y el objeto. La receta para la globalización de moda propone que deberíamos morir o matar nuestro ser-nación para llegar a ser sujetos universales, ya que hasta ahora habríamos sido objetos particulares.

La teogonía especulativa de Nicolás de Cusa interpreta que el alma vuelve al absoluto actualizada por medio del conocimiento, y en particular del conocimiento del todo; con la ayuda del conocimiento, el alma se descubre a sí misma como divinidad y adopta el objeto infinito de su conocimiento. Conociendo la lógica de la red de valorización de capital (dirían los globalizadores) nos descubriríamos a nosotros mismos y lograríamos nuestra infinitud.

Eckhart, el místico septentrional, plantea, en cambio, que “quien desea poseer todo debe renunciar a todo... poseer todo significa poseer Dios y renunciar a todo significa renunciar a uno mismo”, la autoaniquilación del místico es, paradójicamente, la destrucción de la nada, la superación del vacío que impide llegar al todo. Algo parecido a lo que ahora los místicos del neoliberalismo nos recomiendan que hagamos: aniquilar nuestro ser, nuestra cultura (que para ellos es nada), para llegar al todo, a la globalización, a Dios.

Lógicamente que la llamada del todo es conflictiva, es desgarradora, y de esto ya habló Angelo Silesio, cuando nos advierte que la llamada de la eternidad está constantemente presente en cada uno de nosotros; al responderla nos hacemos “esenciales” en lugar de “contingentes”. Aquel desgarramiento es tremendamente doloroso porque constituye más bien el autoaniquilamiento pero, por otro lado, esto nos permitiría poner fin a nuestra insoportable escisión entre ser y no ser, a nuestra insoportable contradicción entre nuestros supuestos falso desarrollo y

falsa cultura frente a las ofertas en bandeja que nos hace esta nueva etapa de globalización.

La búsqueda mística e incansable del absoluto, de lo general, del ser, de lo global, en la dialéctica de la Grecia postsocrática y de la judeico-cristiana, se parece bastante a la búsqueda ya resuelta de los místicos de la globalización. Tal vez la pequeña gran diferencia es que Plotino, De Cusa, Eckhart, Silesio y los grandes místicos nos proponían aquel camino para encontramos con el absoluto en la otra vida. En cambio, los místicos de la globalización nos proponen similar camino para encontrar el cielo en esta propia vida.

¿Hasta qué punto es adecuada la metodología propuesta por los místicos de la religión judeico-cristiana? Bueno aquello tiene que ser “científicamente” demostrado por los muertos-que-pasaron-a-la-otra-vida y que lograron unificarse o no con el absoluto rompiendo la degradación y la hipóstasis. De otra manera, podríamos contestar que la validez de esta propuesta religiosa atañe al campo de la teología y que no debemos tratar de extender su aplicación a otros campos, ya que aquella, en sí, es una creación humana o ¿divina?; es una obra del intelecto teológico muy respetable.

El problema, entonces, radica en contestarnos si la nueva propuesta totalizante de la globalización tiene validez. Considero que solamente los muertos-que-están pasando-y-pasarán-a-la-otra-vida por hambre, violencia y deterioro en todos nuestros países donde se lleva a cabo este experimento podrán demostrar científicamente que este nuevo metarrelato o religión les mató más rápido y les llevó a identificarse o no con el absoluto.

Ése es el problema de los metarrelatos totalitarios: nos ofrecen cielos donde todos nos unificaremos, donde lograremos la felicidad, la naturaleza, la igualdad, la libertad... pero aquellas ofertas nunca se cumplen. Recordemos que la Ilustración descubrió, en un inicio, que el paraíso perdido se encontraba en la naturaleza; en lugar

de comparar la tierra con el cielo, se comparó las culturas existentes con la auténtica humanidad prescrita por los imperativos de la naturaleza, la misma que era tomada por los materialistas clásicos como una entidad racional, final y protectora, es decir, una especie de Dios... ¡Dejaron de lado a Dios para transformar a la naturaleza en Dios!

Rousseau aconsejaría, al respecto, que no es posible suprimir los efectos de la civilización para volver a la felicidad natural, sino que el verdadero deber del hombre es llegar a ser lo que es y vivir en voluntad solidaria con los demás. Hume advertiría que tanto el “orden físico” como el “orden moral” son imaginaciones situadas más allá y por encima de lo que podemos conocer mediante la experiencia, que el mundo es contingente y que no existe nada que obligue a relacionarlo con una realidad absoluta y necesaria. Interesantes pensamientos que nos pueden ser muy útiles en la actualidad para criticar los “cantos de sirena” sobre los necesarios y “científicos” acontecimientos que supuestamente pretenden predecir los agoreros de la globalización, los mismos que no pueden en ningún momento identificarse con lo que es posible establecer a través de la experiencia.

Kant, más tarde, nos ayudará a pensar que no existe un paraíso perdido, sino una perspectiva de la realización de la humanidad, no por obediencia a la naturaleza, sino por emancipación de ella. Libertad interpretada como realización del ser humano en tanto independencia dual de la razón y la voluntad autónomas como metas últimas del eterno peregrinaje del hombre hacia sí.

Kant elabora su pensamiento centrando su atención en la razón y voluntad del ser humano. Es en las mujeres y en los hombres en sí donde puede encontrarse la base para la construcción de lo global. Fichte, heredero y crítico de Kant, heredero del peregrinaje del ser humano casi deificado hacia sí mismo, intenta superar el dualismo kantiano, transformando la subjetividad humana en el punto de partida del absoluto.

Tanto Kant como Fichte no pudieron superar el dualismo. Para Kant existe la contingencia del mundo de los sentidos junto con las formas necesarias del intelecto, deber y naturaleza humana. Fichte: deber y realidad. Ninguno supera el dilema: o el ser humano asume la existencia y se hunde en la contingencia, o bien, prescinde de ésta y no puede apreciar la multiplicidad de la existencia. Hegel intentará dar una respuesta totalizante a través de la realización de la razón absoluta: la abolición de la contingencia del hombre y la realización de la esencia humana debe significar su total absorción en el ser o espíritu universal en un eterno viaje en el que el espíritu desplaza incansablemente la extrañeza del objeto y alcanza su infinitud.

Miles de años de historia y miles de años de búsqueda. Siempre la filosofía interpretando que el ser humano no es lo mismo en su ser empírico que en su realidad o esencia, y que el imperativo básico radica en que ambos vuelvan a ser idénticos de nuevo... Para Plotino, Eriugena, San Agustín, Eckhart y todos los místicos, la esencia del ser humano no se halla en la humanidad, sino en Dios, no se halla en esta vida, sino en la otra; en esa medida “la vuelta de las mujeres y de los hombre a sí mismos” no es una vuelta a sí mismos, sino el encuentro con Dios, con el absoluto, negando de esta forma una salida humana. Para Kant, Fichte y Hegel la realización de la esencia de mujeres y hombres es un proceso infinito de encuentro con la humanidad también considerada como absoluto: deber, intelecto, razón, la misma que precede a la naturaleza humana común y corriente.

Interesante y necia idea que siempre ha acompañado nuestra existencia: lo verdadero, lo bueno y lo bello se encuentran en lo general, en lo universal, en lo global, que como no existe en el presente, en el ahora, porque todo lo que nos rodea es parcial, temporal, complejo, tenemos que dejar todo, hasta nuestras propias vidas, para encontrarlo o para construirlo en el mañana. El ahora es engañoso, el mañana es prometedor. El ahora es parcial, el mañana es total. El ahora

está lleno de cultura real, conflictiva, opaca y limitada, el mañana estará lleno de cultura totalizante, radiante y transparente.

Por esto la propuesta de Kant, Fichte y Hegel ha sido profundamente criticada desde el siglo anterior: la razón o el deber transformados en absoluto arrasan con la naturaleza humana real y práctica, acusarían Feuerbach, Marx y Kierkegaard quienes denunciarían que no es suficiente tomar en cuenta solo las mediaciones hechas en las cabezas de los filósofos. Mas tarde Nietzsche, Heidegger, Adorno, Horkheimer y ahora Foucault, Derrida, Bataille, entre otros, reclaman lo particular, lo temporal, lo diverso y critican fuertemente la racionalidad clásica en su intento por comprender al hombre real de carne y hueso al margen del mismo. Touraine, Habermas, Giddens, Maturana proponen interpretar y al mismo tiempo explicar, mirar lo general y lo particular, registrar el mundo de la vida y el sistema, tomar en consideración (como dicen Prigogine y Stengers) el tiempo y la eternidad; posibilitar el encuentro de la razón y del sujeto.

Una nueva propuesta de globalización, donde podamos construir lo global mientras nos humanizamos, respetando y desarrollando lo particular, porque lo único que puede ser global es aquello que puede surgir como solidario”.⁵ Globalización propuesta por nosotros y para nosotros y nunca para otros y por otros.

Lo otro como absoluto que precede a la naturaleza humana real, tan solo puede aparecer como una propuesta mística. Allí radica la falacia de la globalización que nos recomienda el pensamiento de moda. Son los falsos Plotinos, Eriugenas, De Cusas que nos ofrecen llevarnos al cielo que

supuestamente se encuentra en la tierra, si dejamos de ser nosotros, si negamos nuestra cultura y nos “otrificamos”, esto es, nos alteramos (álter = otro). Considero que es fundamental construir constantemente nuestra solidaridad, es decir globalizarnos; recordar nuestra cultura que es la base de nuestra identidad para viajar hacia el futuro sin dejar de ser nosotros, es decir globalizarnos; internalizar los grandes avances de la ciencia y de la técnica como expresión del pensamiento universal, la misma que permite seguir siendo tradicionales pero críticos y encontrar mejores formas de vida, es decir globalizarnos; relacionarnos con el mundo, con los otros países y participar en la vida política, económica y social universal, pero siempre buscando mejorar el nivel de vida y la equidad de nuestras poblaciones, es decir, globalizarnos.

Las globalizaciones anteriores son obviamente el punto de partida para poder más tarde contestar cómo vamos a participar dentro de la red financiera global (*the global financial network*) que habla un lenguaje económico, pero que no puede dar ninguna respuesta en los campos político, social, vivencial, ético. Es lógico suponer que para quienes se encuentran en el *global financial network* el tiempo y el espacio desaparecen, viven a tiempo real y se comportan bajo el comando global del cálculo de utilidad y la competencia, mientras que para quienes no se encuentran dentro de la red, el tiempo y el espacio se hacen infinitos al haber sido expulsados del “cielo de la competencia”, peligrando su propia subsistencia. Aquello es la realidad, pero también debemos considerar que actualmente lo que ocurre es que la red *cada día margina a un creciente número de países, grupos y personas, los mismos que*

5 La propia constitución biológica reclama la necesidad de la solidaridad en la relación entre unicelulares, entre las células en el metacelular y entre los seres biológicos en su ontogenia, así como entre los humanos para constituirse socialmente en el lenguaje y a través del lenguaje. Al respecto, los trabajos de Maturana son los más aleccionadores. Maturana, Humberto y Varela, Francisco. *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.

constituyen su identidad al margen de los marginados.⁶

Lo anterior pone en peligro la existencia de la humanidad en general y de la propia red, en particular. La gran contradicción entre la red y la identidad preocupa aun a actores tan poco comprometidos con la vida y la equidad como el Banco Mundial, que empieza a pensar que su misticismo está más relacionado con Caribdis que con el cielo que prometían. En efecto, en el mundo entero los niveles de pobreza y miseria se han incrementado inmensamente, la inequidad se ha hecho más brutal, la violencia es pan de todos los días, la inseguridad, el desempleo, el paro forzoso, etc. son globales.

Globalización y reforma sanitaria

Sin lugar a dudas, después de esta extensa introducción, no será posible tocar el tema para el que fui llamado, pero vale la pena poner sobre el tapete de la discusión algunos elementos básicos.

Es fundamental tomar en consideración aquellos aspectos globales o generales que constantemente han estado en la construcción de nuestro pensamiento y nuestra acción en salud y aquellos que creemos que deberían estarlo para llevar a cabo una reforma más globalizadora que supere el comando del cálculo de la utilidad y de la competencia que predica la globalización de moda:

- Aquella interpretación que sustenta la existencia de una *contractualidad interindividual*, que está representada por el mercado y por una *contractualidad central*, representada por el Estado, interpretación que dio curso a la teoría del Estado moderno, parece todavía tener vigencia. En otras palabras, es fundamental que tratemos de construir un Estado democrático en salud que tome a cargo la rectoría del sector salud y regule el mercado.
- A más de la contractualidad interindividual y central, en estos momentos, desde todos los campos se reclama la presencia de lo público u organización social que se haga presente como movimientos o socialidad u organizaciones de la sociedad que luchen por la construcción de su salud. El Dr. Patricio Hevia habla de “públicos por la salud”.⁷
- El derecho y la equidad como conquistas humanas globales siguen vigentes y tienen que ser parte de la reforma sanitaria. Aquellas seguirán teniendo vigencia mientras haya seres humanos reales; no pueden ser sustituidas por artificios económicos.
- La naturaleza con quien debemos desarrollar un nuevo lenguaje porque parece que en la forma en que hemos venido relacionándonos con ella, por fin hemos logrado derrotarla, con lo cual ésta no puede apoyar ni su “salud” ni la nuestra.
- Nuestra cultura que se hace presente en lenguajes y razones articuladas y vividas por indios, negros, pobres, mujeres, jóvenes, niños, grupos religiosos, etc., distintas al logos griego, pero que son fundamentales e indispensables para construir aquella propuesta globalizadora con nombre y apellido que sea unidad en la diversidad.
- La salud como proceso realmente existente y no como descuento de enfermedad. Es hora de que tratemos de superar aquel punto ciego en nuestro pensamiento y acción médica y de salud. Somos gente supuestamente a cargo de la salud y no sabemos qué es esto, cómo se la logra ni cómo se promueve, y aunque sepamos, casi nada hacemos.

6 Castells, M. *The rise of the network society*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.; 1996.

7 Hevia, P. “De la salud pública a los públicos por la salud”. En: *Salud pública: experiencias y reflexiones*, N° 5, Quito; marzo de 1998.



Artículo 16

Algunas reflexiones sobre la reforma sectorial de salud en Ecuador: una versión*

Introducción

El presente trabajo intenta discutir sobre algunos aspectos de la reforma sectorial en salud en Ecuador. Un proceso de reforma sectorial es un hecho sumamente complejo para el que no existen recetas. Las formas de abordarlo son infinitas. Puede ser parcial o más integral, nunca completo; puede priorizar los aspectos financieros o los técnico-administrativos, pero también puede moverse desde lo político y lo cultural.

El proceso de reforma sectorial se encuentra en los actuales momentos en el país en un proceso de formulación de su política, de consolidación de algunos logros en cuanto mandatos depositados en la Constitución de la República, de desarrollo de experiencias particulares no necesariamente coordinadas, razón por la que se propone mirar este proceso desde una óptica político-conceptual, con miras a interpretar el papel que los actores pueden jugar en la reforma.

Se trata de hacer un relato, que siempre será inacabado y parcial. Inacabado, porque el proceso sigue buscando sus derroteros, parcial porque, ante la inestabilidad de la situación política, es difícil interpretar cuáles son los aspectos más importantes y cuáles son secundarios, entonces se termina registrando los que supuestamente tienen más importancia para la comprensión de lo que se está haciendo. Pero, además, esta versión es parcial porque es contada por un actor individual, situado como asesor nacional en una agencia de cooperación técnica intergubernamental, la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador.

A pesar de que este relato se produce desde el trabajo situado en una institución, no constituye una interpretación de la OPS-Ecuador sobre la reforma sectorial, sino una versión del que escribe. El relato tiene, entonces, un doble sesgo: el sesgo de la visión institucional y el sesgo personal.

El relato más bien se detiene a reflexionar. En esas reflexiones se busca algunas regularidades de carácter ontológico, epistémico-epistemológico y político y hace poco esfuerzo por caer en las cuestiones técnico-operativas. Esto se debe a la propia limitación del que escribe y a la inmensa cantidad de paquetes técnicos que supuestamente pueden ser aplicados a las reformas en salud en cualquier parte del mundo.

Considero, más bien, que esa parte del mundo de la que provengo, Ecuador, es un intrincado y complejo espacio en el que parece que no pueden ser aplicados los paquetes sin pensar un poco sobre nosotros mismos. Es por esto que estos pensamientos, en algunos momentos, quedarán pobremente hilvanados, pero ése es el pago por tratar de mirar los procesos con el fin de buscar la objetivación de lo potencial. Como lo potencial es un posible sendero abierto por actores y sujetos vivientes con intereses muchas veces contrapuestos, los mañanas son llenos de incertidumbre y, a lo mucho, son previsibles, no se diga cuando el relato parte desde la acción que no deja mucho tiempo para considerar el deber-ser y más bien se ve envuelto por el poder-ser. En estos casos, la definición de los procesos siempre es parcial y las cosas se mueven a partir de las decisiones de actores y sujetos que detentan el poder mientras que los pensamientos se desvanecen ante los muros de la contrapuesta

* Ponencia presentada en el 50 Congreso Internacional de Americanistas, Varsovia, 10 al 15 de julio de 2000.

realidad o encuentran pequeños asideros en senderos angostos y a veces desconocidos que se bifurcan y abren nuevos cuestionamientos.

En búsqueda de alternativas

La representación de la Organización Panamericana de la Salud ha participado de manera decidida y frontal en la construcción de la reforma y ha considerado que “se debe mirar la reforma sectorial como un *acontecimiento*,¹ es decir, como un problema que se está dando, que pertenece al presente, pero que está cargado de pasado y avanza hacia el futuro; en otras palabras, como un *es* que *ha sido* distinto y que *podría ser* diferente. Otra característica del acontecimiento en cuanto noción o categoría es que, en sí, es un evento con significado, es un hecho que está ocurriendo, pero cargado de humanidad (intereses positivos y negativos, pero posibles de forjar acuerdos y consensos). Además, al mirar el problema como acontecimiento, éste aparece siempre en un estado inacabado y, como tal, acepta la

influencia de múltiples verdades sostenidas por diversos actores, que a través de ellas intentan constituirse en sujetos: si se logra que los actores individuales y sociales construyan democráticamente el problema, en esa construcción se constituyen en sujetos de la democracia”.²

La Representación ha decidido, entonces, lanzar de inicio “una mirada política que le permita interpretar la realidad como *procedencia*,³ la misma que no enfatiza la continuidad y la evolución, sino que resalta más bien la discontinuidad, la diferencia, el accidente, el acontecimiento. Por otro lado, ha considerado que es conveniente que esa realidad se la piense como *emergencia*,⁴ la misma que se produce en un determinado estado de fuerzas, designa un lugar de enfrentamiento y muestra el juego de intereses”.⁵

Bajo este criterio se ha establecido la existencia de diversas fuerzas ubicadas en el Estado y en la sociedad civil con diferentes puntos de vista sobre la reforma sectorial. Todas las fuerzas tienen algo o mucho que ver con la salud. El problema

1 La realidad empírica sobre la salud y la cooperación técnica en salud se encuentran bastante bien delimitadas en cuanto eventos en Ecuador. Por ejemplo, en este país casi no se puede pensar en salud por la inmensa carga de enfermedades antiguas y modernas que nos acompañan, alguna de estas enfermedades han sido tomadas en consideración, mientras que otras casi no han recibido la preocupación por parte del sistema de salud. Hoy mismo estamos viviendo el retiro de los recursos económicos para la vigilancia epidemiológica mientras se constata un incremento notable de las tasas de enfermedad y muerte por tuberculosis. En otras palabras, la tuberculosis es un evento de importancia, pero ha dejado de ser un acontecimiento (perdió su significado). Por otro lado, el evento “emergencias hospitalarias” ha vivido como evento (sin significado) desde hace muchos años, tan es así que siempre se ha reclamado por la ineficiencia e ineficacia de nuestros servicios de emergencia; sin embargo, ahora se transforma en un acontecimiento y adquiere un peso inusitado que lo entrega el ministro de turno. Lo que antes era transparente ahora se ha opacado y lo que era opaco ahora se ha hecho transparente. Parecen existir fuerzas muy especiales ubicadas más allá de nuestras retinas que posibilitan que las cosas sean visibles o no lo sean. La realidad empírica nos dice que el evento tuberculosis es muy importante, pero la realidad significativa nos dice que no lo es; todo lo inverso ocurre con las emergencias.

2 OPS/OMS-Ecuador. *Elementos de estrategia para la cooperación técnica de la OPS/OMS en el Ecuador para el proceso de reforma del sector salud*. Ponencia presentada en la Reunión sobre Reforma Sectorial. Washington: septiembre de 1995.

3 Foucault, M. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta; 1980.

4 *Ibidem*.

5 OPS/OMS-Ecuador P. *Elementos de estrategia*. p. 2.

consiste en que cada grupo, por lo general, la mira desde su específico punto de interés, razón por la que la noción de acontecimiento debía trabajársela junto con una noción de *contrato social*,⁶ la misma que comporta una antinomia interna: antinomia entre la contractualidad central del Estado y la contractualidad interindividual e intergrupala.⁷

A pesar de la antinomia (imposible de evitarla), la Representación de OPS-Ecuador ha perseguido constantemente la rehabilitación y fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud (CONASA) como espacio en el que colijan todas las fuerzas con miras a llegar a un acuerdo (contrato) y que en ella se reconozca el papel rector del Estado y el liderazgo del Ministerio de Salud Pública en cuanto función especializada de la salud. El énfasis en la noción de contractualidad permitiría, al mismo tiempo, internalizar alrededor de la problemática salud todos los intereses “externos” y diferentes, reconocer el deber del Estado en el ámbito de las políticas sociales, realzar el principio de democracia como un medio y un fin, ratificar la necesidad de una ética articulada a la salud que factibizaría establecer las posibilidades y los límites de los distintos aportes, reconocer las diferencias existentes entre los diversos actores y sujetos que propugnan una unidad o centralidad.⁸

La noción de acontecimiento ha permitido a la OPS-Ecuador visualizar las diferencias, las discontinuidades, las fuerzas en litigio, mientras que la noción de contractualidad ha posibilitado encontrar una primera aproximación hacia la búsqueda de consenso alrededor de la salud. Este doble abordaje apoyó, por otro lado, el reconocimiento de una doble racionalidad existente en la realidad; una racionalidad ligada a la

acción comunicativa dirigida al entendimiento⁹ y basada en el mundo de la vida de los diferentes actores y sujetos sociales. y una racionalidad instrumental basada en el mundo sistémico. Por estas razones la representación desarrolló un inmenso esfuerzo para apoyar el renacimiento del Consejo Nacional de Salud y su Comisión Técnica de la reforma, los mismos que debían recoger los pensares y propuestas de los distintos sectores y encontrar puntos de acuerdo y contrato.¹⁰

En resumen, la Representación del Ecuador ha impulsado la idea de que el estado de cosas en salud podría cambiar porque la situación de la salud de la población y de los servicios se había vuelto insostenible. Ahora bien, esa renovación formal (reforma) podría acompañarse de cambios que podrían competir con las actuales formas dominantes y poner en práctica nuevos comportamientos en el sector.

Dentro de esta visión de reforma, la Representación OPS/OMS-Ecuador ha debido dar cuenta de un múltiple desafío: **a)** cooperar en el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud; **b)** apoyar la constitución de nuevos actores locales, provinciales, ONG, organizaciones indígenas, universidades, etc. que podrían participar y fortalecer el deambular democrático de la reforma; **c)** apoyar la construcción de relaciones interinstitucionales, intersectoriales y entre las funciones del Estado.

a) Cooperar en el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud

Habíamos dicho que el acontecimiento reforma es un evento con significado, es un evento cargado de intereses contrapuestos, razón por la que nos comanda a tratar la realidad como *emergencia* que

6 Rawls, J. A. *Theory of Justice*. London: Oxford University Press; 1971.

7 Bidet, J. *Teoría de la modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Letra Buena; 1993, p. 27-30.

8 OPS/OMS-Ecuador. *Elementos de estrategia*. Op. cit., p. 3.

9 Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus Humanidades; 1987.

10 OPS/OMS-Ecuador. *Elementos de estrategia*. Op. cit., p. 4.

se produce en un determinado estado de fuerzas, designa un lugar de enfrentamiento y muestra el juego de intereses. El Consejo Nacional de Salud no puede conformarse como una arena política que posibilite un nuevo *contrato social*, si no se fortalecen las fuerzas que pugnan por la salud.

El Consejo Nacional de Salud no podrá cumplir su rol de centralidad democrática y procesadora de las diversidades, si esas propias diversidades no son fortalecidas. El contrato social que se propone comporta una antinomia interna: antinomia entre la contractualidad central del Estado y la contractualidad interindividual e intergrupala de la sociedad civil. Esa antinomia puede resolverse temporalmente, en cuanto equilibrio dinámico, en la medida en que se logren acuerdos, concertaciones, consensos entre fuerzas realmente existentes. Si una sola fuerza es la dominante, no puede existir ni antinomia ni contrato, sino únicamente dominación. Es por esto que desde la OPS-Ecuador se considera que es fundamental:

b) Apoyar la constitución de nuevos actores provinciales, cantonales, ONG, organizaciones indígenas, universidades, etc. que podrían participar y fortalecer el deambular democrático de la reforma

La filosofía de la conciencia que nos llevó a pensar que la mente iluminada de los científicos intermediada por los burócratas 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.

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.¹¹ En esa medida, se reconoce que la voluntad general necesaria para el accionar social 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 a los hombres y mujeres 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 homogeneizadora. Se plantea que la forja del mundo futuro debe ser hecho 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 transparentamiento de lo humano y las potencialidades de reproducirlo. Al respecto, los planteamientos de Giddens, Habermas, de la hermenéutica, del interaccionismo simbólico,

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

de la etnometodología brindan importantes asideros para esta forma de pensar.

También vamos encontrando 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 ser humano, 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 aconsejaría 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 inicio de este nuevo milenio parece que nos trae alguna claridad: no es posible defender un estatismo a rajatabla, que históricamente nos llevó a forjar sociedades panópticas representadas por los socialismos reales o por fascismos hiperreales, 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, esto es, creada por el hombre para asegurar el intercambio de los productos físicos e intelectuales, como espacio de intercambio de equiva-

lentes (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 seres humanos. En otras palabras, no es posible aceptar que tan solo existe el mercado y las relaciones transaccionales como únicos representantes relacionales de la sociedad civil, sino que también existen otras relaciones interindividuales e intergrupales que no se comportan bajo una lógica transaccional 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 o como públicos no estatales.

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 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 construya una centralidad o totalidad Estatal democrática.

La elaboración de un nuevo contrato social que desarrolle una contractualidad central y, al mismo tiempo, promocióne 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.

Un nuevo contrato social en 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 cuanto labor de protección del Estado benefactor y al margen de actores vivientes está agotada. Por otro lado, la constitución de la salud pública en cuanto labor dirigida por y para el mercado también se va agotando porque esta última estrategia ha demostrado que únicamente ha logrado mejorar la salud del dólar. La primera versión avanzó 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, éstos 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. 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 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 normatizar nuestro propio ser.

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 en-

tonces 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.

Inicios de operacionalización: Se acepta que la reforma tiene que depositar en el tapete de discusión principios que constituyan su guía o visión: equidad, universalidad, integralidad, calidad y solidaridad, pero es igualmente importante encontrar las posibilidades de que los aspectos ontológicos propios de nuestro país puedan tener vigencia.

Ecuador se caracteriza por su ser un país multiétnico, multicultural y multinacional que obviamente no está representado en nuestro Estado que se constituyó haciendo tabla rasa de esta realidad. De lo que se trata, es de que la reforma en salud pueda, al menos en parte, tomar nota e integrar esta realidad. En otras palabras, no queremos viajar hacia una equidad, universalidad, integralidad, calidad y solidaridad vacías, sino que éstas se constituyan como eventos con sabor a nuestra múltiple identidad. La única posibilidad de lograr aquello es que los dueños de esas identidades tengan vida en el propio proceso de la reforma.

Tres aspectos nos preocupan constantemente: ¿Cómo lograr que la *diversidad* se halle presente? ¿Cómo dar cuenta de esta gran *complejidad*? ¿Cómo romper la idea de eternidad, constantemente embarcada en la ciencia y técnica que acompaña nuestro accionar para dar paso a un planteamiento de *temporalidad*, que nos posi-

bilitaría experimentar y asombrarnos ante la eterna creatividad de nuestro pueblo para vivir y forjar su salud.

Consideramos que hasta el momento actual nuestra búsqueda puede tener un asidero parcial en lo que tenemos. En otras palabras, el pensamiento debe buscar un asidero en esa proyección tecno-política actual y posible.

Un primer punto de llegada puede constituir lo *local*. En efecto, la vida muestra sus aristas más visibles en los pequeños espacios ya que el ambiente inmediato es socializado por los hombres y mujeres en su diario devenir. En ese espacio que conquistan y se mueven los humanos logran constituir su pertenencia que les conecta con su pasado, les posibilita constituir sus verdades, eticidades e individualidad, y les faculta mirar el futuro. En lo local también se programan y desarrollan las acciones que posibilitan la supervivencia de las familias y comunidades.

¿Como apoyar la constitución de *actores locales*? Es una de las preocupaciones sobre las que actualmente trabaja OPS-Ecuador. Hasta el momento, se considera que dos términos intentan dar una contestación inicial a esta pregunta: *participación y calidad*.

La noción *participación* comanda a buscar la cultura, historicidad y politicidad local. Entraña la transformación de los técnicos en intérpretes de las necesidades de los grupos humanos que se distribuyen en ciudades y áreas rurales. En esa medida, se considera que los intérpretes técnicos tienen que llevar a cabo una hermenéutica que posibilite el descubrimiento de las verdades preteóricas que producen los sujetos individuales en su propia práctica; las eticidades que posibilitan construir redes relacionales y organizaciones; y las identidades histórica y simbólicamente construidas que fundamentan la personalidad de los individuos que allí viven; las prácticas que posibilitan su reproducción social; las

relaciones que mantienen con el entorno natural y social.¹²

La *calidad* posibilita visualizar la población, los trabajadores de los servicios y su productividad, pero al mismo tiempo factibiliza una ampliación de la mirada hacia la búsqueda de una calidad que dé cuenta de la identidad poblacional y del personal que allí labora.

Un segundo punto de reflexión constituyen aquellos *actores organizados* que defienden la salud y la vida desde su propia particularidad. Nos referimos al movimiento indígena, derechos humanos, género, sindicatos, etc. La posibilidad de interpretar las necesidades particulares que pueden ser impulsadas y al mismo tiempo posibilitar el encuentro de consensos es parte del reto.

Un tercer punto de llegada en la reflexión constituye lo *provincial* y lo *cantonal*. En la provincia y en el cantón se sintetizan muchos de los sentimientos y realidades regionales. En ellos se depositan la normatividad propia de la región y se procesa la normatividad que se recibe desde el centro o Estado. Desde las provincias y cantones se construyen propuestas autonómicas de análisis y crecimiento regional. Es por esto que se considera que desde la provincia y el cantón se pueden activar y se están desarrollando propuestas de reforma regionales que discutan, critiquen y busquen solapamientos con las otras provincias y cantones y con el centro o Consejo Nacional de Salud.

Desde las provincias y los cantones, en cuanto conformación política legal e históricamente constituidas, también es posible pensar el poder político ejercido como 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”.¹³ Ahora bien, la potestad individual y particular se realiza en cuanto posibilidad de influencia de la periferia al centro, en la medida en que existan canales relacionales para su ejercicio. Las relaciones provincia/cantones-centro tienen existencia material, que deben ser analizadas y activadas. Para el efecto, uno de los términos que más compromiso de reflexión tiene para la OPS-Ecuador es la *descentralización*.

Diferentes actores cantonales y provinciales han tomado el liderazgo de la reforma. En unos casos son las direcciones provinciales de salud, en otros son las universidades, en otros los municipios. El desarrollo de reforma posibilitará descubrir nuevos actores y modificar los caminos del pensar y el hacer.

c) Apoyar la construcción de relaciones interinstitucionales, intersectoriales y entre las funciones del Estado con miras a transformar la reforma en cuestión de Estado

La Representación OPS/OMS en Ecuador ha mantenido un intenso proceso tendiente a fortalecer las *relaciones interinstitucionales*. Se busca la coordinación general de los aspectos normativos que posibiliten el intercambio de experiencias y la conjugación de intereses. En este nivel, la OPS también ha trabajado intensamente en el desarrollo de propuestas de reforma particulares de algunas de las más importantes instituciones del sector salud: Ministerio de Salud Pública, Dirección Médica del Seguro Social, y proyecta apoyar técnicamente a SOLCA, Junta de Beneficencia, etc. De lo que

12 Al respecto se puede consultar: Rojas, C. “Mundos simbólicos y subjetividad”. En: *Revista de Investigaciones de la Universidad del Azuay*. Cuenca: 1995. Granda, E. *Comportamientos comunitarios y la prevención del cólera*. Quito: Fundación Ciudad; 1996. Granda, E. y col. “Salud pública: hacia la ampliación de la razón”. En: *La medicina al final del milenio*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1995.

13 Bidet, J. *Teoría de la modernidad*. Op. cit., p. 106.

se trata es de fortalecer a los actores, con miras a que establezcan con claridad sus necesidades, sus posibilidades y limitaciones, y visualicen los ámbitos en los cuales pueden solapar intereses y comunes soluciones.

En el *ámbito intersectorial*, la Representación no ha descuidado cooperar en la forja de lazos intersectoriales, pero ha considerado que la estrategia fundamental se dirige hacia el ámbito espacial local. La estrategia de *Espacios Saludables y Fronteras Saludables* ha posibilitado iniciar un proceso de movilización y comunicación intersectorial nacional y con los países vecinos.

Las *funciones del Estado* en su expresión nacional ejecutiva, legislativa y judicial también han merecido especial preocupación por parte de la Representación OPS/OMS en Ecuador. Para el efecto, la Representación ha mirado a su alrededor y ha buscado la coordinación de las agencias de cooperación multinacionales y bilaterales, con el fin de encontrar pautas de acción conjuntas en el ámbito de la salud. Pero, por otro lado, ha reflexionado sobre los requerimientos de los nuevos gobernantes en su futura proyección en el ámbito de la salud.

Perspectivas

Los pequeños grandes cambios en la vida y en la salud de la población, que vienen dándose

desde hace mucho tiempo en Ecuador, podrían ser mejor activados a través de un amplio proceso de reforma sectorial en salud que intenta implantarse en Ecuador. Es verdad que el estado de cosas debe cambiar porque cada día las enfermedades antiguas y modernas se hacen presentes con mayor fuerza y nuestros servicios de atención a la enfermedad se deterioran rápidamente. En esa medida, requerimos renovar formalmente aquellos servicios, pero puede ser que, al mismo tiempo, logremos imprimir un movimiento de transformación de nuestra forma de mirar lo que venimos haciendo alrededor de la salud y transformemos también las prácticas de todos nosotros, actores ubicados en la sociedad civil y en el Estado.

La posibilidad de caminar hacia una reforma que no solo amplíe las formas para acomodar más eficientemente lo que actualmente existe, sino que más bien viaje hacia el propio cuestionamiento del hacer y viabilice algunos cambios esenciales en la salud, dependerá de la fuerza y compromiso que pongan los actores de la reforma en su paso hacia sujetos de la misma. Así, los sujetos pondrán el fin y transformarán al poder técnico y al poder administrativo en medios importantes para la reforma.



Ministerio de Salud Pública



Esta publicación puede ser consultada en internet en la dirección:
www.opsecu.org

