

revista cubana de
**SALUD
PUBLICA**

Revista Cubana de Salud Pública
Sociedad Cubana de Administración de Salud
ecimed@infomed.sld.cu
ISSN (Versión impresa): 0864-3466
CUBA

2004
Edmundo Granda
¿A QUÉ LLAMAMOS SALUD COLECTIVA, HOY?
Revista Cubana de Salud Pública, abril-junio, año/vol. 30, número 002
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México



Universidad Nacional de Loja.
Organización Panamericana de la Salud

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

Edmundo Granda¹

Resumen

El artículo comienza con el análisis de los avances y limitaciones en el campo de la salud pública, para abordar más tarde la discusión alrededor de la salud colectiva. Reconoce que la salud pública dominante en Ecuador y en América Latina se basó en una metáfora dominada por el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte, el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Estas categorías posibilitaron a los salubristas comportarse como interventores técnico-normativos. Los cambios ocurridos en estas últimas décadas de globalización obligan a la salud pública a encontrar un nuevo derrotero, mediante el cual se pueda comprender y actuar sobre la salud y la vida, y no solamente sobre la enfermedad; interpretar la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, y entregar mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud. En esta forma el salubrista debería más bien cumplir un papel de intérprete-mediador de las propuestas diversas en la construcción de la salud. La superación de la salud pública convencional, radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad. Se requiere además, cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico ante el compromiso de alcanzar logros prácticos. Al hacerlo se desarrolla ese cuádruple movimiento que nos recomienda Mario Testa, de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación. La salud colectiva al ser un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas siempre abierta a la incorporación de propuestas innovadoras, constituye una cantera de inmenso valor para la reflexión y avance de la salud pública alternativa.

Palabras clave: Salud colectiva; Salud pública; Salud pública alternativa; Servicios públicos de salud.

Constituye un inmenso honor y una gran satisfacción estar en este panel con Madel, Naomar, Moisés y Jairnilson para conversar alrededor de “¿Qué Cosa Llamamos Salud Colectiva, Hoy?”. Madel fue mi maestra en la Maestría de Medicina Social de la Universidad de Río de Janeiro y continúa siendo; Naomar, Jairnilson, Sebastiao, Carmen y los compañeros y compañeras de la Universidad Federal de Bahía han sido los pintores de un cuadro del cual siempre soñé ser parte integrante; mientras que Moisés ha estado presente como referencia obligada en los intentos por entender y hacer en mejor forma mi

trabajo en salud pública. Esta simbiosis de amistad y generosidad es la que explica mi presencia en este diálogo sobre Salud Colectiva en un Congreso de ABRASCO, centro de pensamiento y acción en este campo.

En un primer momento pensé describir y transmitir en esta reunión lo que observé o consideré como salud colectiva. Pero es necesario comprender que a través del lenguaje no solo describimos y transmitimos sino que actuamos, y al hacerlo, creamos y transformamos nuestras identidades y el mundo en que vivimos. Considero que Madel, Moisés, Jairnilson y Naomar han sido importantes creadores de esta salud colectiva y al mismo tiempo son parte de esa nave construida por ellos y otros innumerables actores individuales e institucionales de este país. Los compañeros aquí presentes pueden, entonces, hablar con mayor propiedad sobre la salud colectiva, es decir, pueden emitir asertos o proposiciones de verdad, pueden proponer juicios y sobre todo pueden hacer declaraciones que intenten abrir nuevos caminos por los que posiblemente podrá moverse la nave de la salud colectiva. El hablar con propiedad, es entonces un hablar que describe y crea mundos.

Los que venimos de fuera de este inmenso país y utilizamos constantemente aquellos productos e instrumentos con los cuales se está construyendo la embarcación llamada salud colectiva y que en algunas ocasiones también aportamos con elementos que dinamizaron las opciones de crítica constructiva que desarrollaron los constructores de la salud colectiva, parece más conveniente que les contemos a ustedes los pensamientos y las acciones que diseñamos y aplicamos tratando de elaborar una urdimbre que soporte en mejor forma nuestra práctica cotidiana relacionada con la salud de la población. En otras palabras, estaría rehuendo contestar de inicio ¿Qué cosa es la salud colectiva, hoy?, para establecer, en alguna medida las limitaciones, los retos y las preguntas no contestadas que nos colocamos en nuestra práctica cotidiana en el Ecuador.

Además, considero que el nivel de sistematización disciplinaria de “la cosa, llamada salud colectiva” es mayor y más avanzada en Brasil que cualquier empeño similar desarrollado en algún otro país de América Latina incluido el Ecuador, lo cual me deja un tanto incapacitado para comprenderla por el desconocimiento e inexperiencias que cargo. Por otro lado, la salud colectiva brasileña en cuanto a disciplina y práctica necesariamente se mueve y se desarrolla en íntima relación con el contexto social, económico, cultural y político de este país adoptando algunas de sus expresiones un sabor particular mientras que en otras ocasiones se hace más formal y genera propuestas que quieren ser más generales. La salud colectiva se construye, según expresa Jairnilson Paim como “proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte”, lo cual me da pie para que también pueda hablar de los sueños, subjetividades y proyectos generados en mi país y desde ellos tratar de entender “esa cosa llamada salud colectiva”.

Cuando hablo de lo nuestro, me refiero fundamentalmente a la reflexión y acción que hemos desarrollado con las maestrías de salud pública del Ecuador y algunas del área Andina, con los compañeros de la OPS/OMS y más específicamente la Maestría de la Universidad Nacional de Loja (UNL), ella interpreta que la coyuntura actual reclama de la salud pública *conocimientos y prácticas lo suficientemente amplias para interpretar y explicar la situación actual de salud y de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y salud cada vez más deteriorados de las mayorías*

poblacionales, promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un estado democrático coherente con estas necesidades y derechos, este a su vez, debe ser capaz de tejer redes de cooperación internacional en este campo. En un ámbito más restringido, la Maestría de Salud Pública de la UNL se mueve alrededor de la pregunta sobre *cómo desarrollar las mejores ideas y acciones para apoyar la forja de una Salud Pública que pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el mejoramiento y cuidado de la salud-enfermedad de la población ecuatoriana.* En esa medida, existe la idea de que Salud Pública tradicional tiene muchas limitaciones pero que algunos conceptos, métodos y técnicas pueden ser utilizados críticamente con miras a forjar una propuesta más coherente.

Un primer elemento necesario para la construcción de un pensamiento y una práctica acorde con las necesidades de salud de la población, llámese esta salud colectiva, o salud pública alternativa, o medicina social, radica en la necesidad de comprenderla como historia buscando en el ayer y en el hoy sus potencialidades y sus limitaciones. Mario Testa en su obra *Pensar en Salud* nos dice: [...] *si solo la historia puede conducir a una ciencia verdadera, una ciencia verdadera tiene que servir para la construcción de la historia.*¹ Considero que un aporte importante de la Medicina Social Latinoamericana y de la salud colectiva ha sido esta preocupación por comprender cómo se fueron constituyendo las categorías y las prácticas en este campo, lo cual ha permitido superar la visión tecnicista de la salud pública tradicional, y fundamentar una propuesta de una salud colectiva contextualizada. Esta es una segunda característica que acompaña el trabajo alternativo desarrollado en el área; este es, el intento de construir una propuesta científica orientada según el contexto, que interpreta que la salud pública como teoría y práctica es parte de un todo.

A inicios de la década de los años 90 la Universidad Nacional de Loja se unió al esfuerzo latinoamericano por indagar el pasado para dar respuesta a la *Crisis de la Salud Pública que había sido definida como la incapacidad de la mayoría de las sociedades para promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren*² e interpretó que la Salud Pública en el Ecuador había perdido su identidad, quedando reducida a una colección de acciones parciales, desordenadas e ineficaces, desarrolladas por un Estado en retirada de sus obligaciones sociales. Como práctica social habían aparecido algunas fuerzas vicariantes que desarrollaron importantes propuestas, algunas de ellas exitosas, mientras el mercado había fijado su atención únicamente en la posibilidad de transformar la gerencia de los servicios de atención a la enfermedad en buenos prospectos de acumulación de capital dejando de lado la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud por su carácter no rentable. En el plano disciplinario, la salud pública adoptaba varios rostros: en algunos momentos aparecía como un arreglo de ideas pobremente hilvanadas que respondía a planteamientos funcionalistas útiles para el Estado o para el mercado; en ocasiones también entraba a conversar con el mundo de la vida sin lograr entenderlo y balbuceaba algunas propuestas no siempre coherentes, mientras que en otras ocasiones adoptaba remilgos científicistas. De todas maneras, también se visualizaba avances disciplinarios impulsados desde algunos centros de educación superior que intentaban hilvanar aproximaciones más abarcativas y contextualizadas. En resumidas cuentas, pensábamos que la salud pública ya no era lo que había sido, pero tampoco llegaba a ser otra, sino que se mantenía en una situación solo de informante.

Al mirar hacia inicios del siglo xx pudimos definir algunas características de la salud pública convencional a la que denominamos *Enfermología Pública*,³ estas son:

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

Para nuestro modo de ver estas características filosóficas, teóricas, metodológicas y prácticas de la salud pública convencional, explican sus fortalezas y debilidades, definen los ámbitos de crítica y dan luces para proponer su cambio.

No intentamos decir que esas características han estado siempre presentes en la salud pública, sino que estas han tenido mayor fuerza durante el siglo xx, y que se opone a otras propuestas como, por ejemplo, a la generada por el movimiento europeo de la Medicina Social, que reconocía que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población. Así, la propuesta de *Virchow* consistía en una reforma social radical que, en términos generales, comprendía “*democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad.*”⁴ Similares aspiraciones fueron reinstaladas en los decenios de los sesenta 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 medicina social ha logrado impactar significativamente sobre la salud pública convencional a pesar de su crítica radical, los conocimientos aportados y sus propuestas innovadoras. Diferente suerte ha tenido la Salud Colectiva Brasileña, la que –según creo– ha podido impactar en el pensamiento y la práctica de la salud poblacional.

Tampoco produjeron grandes reformulaciones las distintas propuestas reconocidas por *Arouca* como *preventivistas* (Arouca S. O dilema preventivista: contribuicao para a comprensao e crítica da medicina preventiva. [tesis de doctorado] Campinas: UNICAMP;1972], por el contrario, fortalecieron ese paradigma o metáfora;⁵ 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, posiblemente, se deben a la coherencia entre los sustentos ideológicos, sus concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad.

Con miras a comprender la salud pública convencional, recordemos que la medicina clínica constituyó

su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. *Foucault*, en el *Nacimiento de la clínica afirma lo siguiente: El hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de 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.*⁶

El éxito de la medicina clínica que, sin lugar a dudas ha sido bastante notorio, ha dependido del logro de su positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. De esta manera, una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas han podido ser explicados, neutralizados o abolidos, con lo cual se ha logrado producir “máquinas corporales” menos enfermas y que tardan más en morir.

Ante el “éxito” de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, se consideró a principios del siglo xx, que era posible construir una “Enfermología Social” llamada Salud Pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares. La salud pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo que correspondía a la medicina clínica, sino que se responsabilizaría de las causas que se encuentran por *fuera* de la *máquina corporal*. En esa medida, la salud pública podría *salirse* del cuerpo humano y encontrar las causas en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos que podrían causar las enfermedades. La Salud Pública ocupa, entonces, un espacio distinto de aquel que es ocupado y dominado por la clínica tomando a su cargo el *riesgo* y la *prevención* de la enfermedad.

Planteamos que la medicina clínica tiene como fin fundamental *curar*, y en esa medida acepta, al constituirse como disciplina científica, centrar su preocupación alrededor de la enfermedad. 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 encuentran el pensamiento y bisturí públicos para *explicar* el riesgo y *prevenir* o *exorcizar* la enfermedad y muerte que ocurren en los grupos humanos? 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 xix y a inicios del xx. Es también coherente con las utopías reinantes en ese momento. Recordemos que hemos vivido dos siglos con la idea que la razón (instrumental) y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, mediante el 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 las enfermedades.⁷

La salud pública organiza, de esta manera su base de sustento sobre el mencionado trípode constituido por el pensamiento centrado alrededor de la enfermedad y la muerte, el método positivista o naturalista para el cálculo del riesgo de ocurrencia de enfermedades en la población, el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y la preeminencia del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica.

Los presupuestos funcionalistas ahorran a la salud pública la preocupación por el sujeto individual y colectivo, es suficiente interpretarlo como objeto individual u objeto colectivo que existe y se reproduce en función de la estructura o sistema social de la que es parte determinada y sobre el que puede hacer una aproximación naturalista o positivista. La aproximación positivista permite leer la realidad de esos *objetos* a través de la razón tecnológica⁸ o razón instrumental⁹ conforme corresponde a cualquier cosa u objeto que no es *autopoiético*,¹⁰ es decir, que no genera en su diario vivir ni sus normas, ni sus productos, ni sus mecanismos de reproducción. Ante un objeto que existe como un producto de las causas del ayer, no es necesario comprender la acción social (que se da en el aquí y ahora) y además es lícito que el Estado intervenga desde fuera con la tecnología científica para lograr la salud por descuento de enfermedad.

El salubrista, entonces, se constituye en un agente del Estado y de la técnica: un interventor técnico-normativo, quien durante su accionar logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la verdad de la ideología científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo. La salud pública pasa a ser una buena expresión de una disciplina científica moderna, una forma de orden del mundo, y a su vez la enfermedad de la población es transformada *en objeto de la ciencia, pasible de intervención, de transformación, de modelación de “producción.”*¹¹

Mediante su accionar interventor técnico-normativo el salubrista requiere:

- Integrar y acumular conocimientos, habilidades y experiencias depositadas en los cánones científico-técnicos, con los cuales el salubrista puede llevar a cabo el cálculo del riesgo; en este sentido debe saber aplicar las metodologías de investigación positivas específicas para cada situación.
- Apoyar la elaboración y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado referidas a la enfermedad pública y a las respuestas sociales organizadas sobre ésta.
- Organizar, desarrollar y cuidar los servicios encargados de prevenir las enfermedades y apoyar la administración de aquellas instituciones destinadas a tratarlas.
- Educar a la población para que adquiera los conocimientos y técnicas que permitan calcular sus riesgos, prevenir las enfermedades y, al mismo tiempo, sustituir sus saberes y prácticas tradicionales (por tanto irracionales y riesgosos).
- Velar por la sistematización y desarrollo de los conocimientos y normas necesarios para el avance de la ciencia y el fortalecimiento del Estado.

El salubrista del siglo xx está encomendado, entonces, a cuidar la *salud* del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; e intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no sólo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa.

Consideramos que la construcción de una propuesta alternativa en el campo de la salud pública debe criticar las características anteriormente indicadas. En otros términos debería estudiar la potencialidad de construir una salud pública fundamentada en una metáfora que reconoce los siguientes presupuestos:

1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
2. Métodos que integran diversas metáforas, y proponen variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista) capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras.
3. Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes a más del poder del Estado: el accionar del individuo, de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

Una primera pregunta se refiere a la posibilidad de que en este momento de globalización y neoliberalismo triunfante se avance hacia dicha propuesta. Parece que aquello es posible, ya que cada vez más oímos que: a) no es posible lograr la salud únicamente por el descuento de la enfermedad; b) la aproximación positivista y funcionalista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción también ha sido grandemente criticada; c) el Estado, supuesto *mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos*, ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía, transformándose en intermediador de intereses distintos y por lo general contrapuestos; d) nuevas fuerzas sociales y políticas aparecen en el horizonte; y, e) importantes innovaciones teóricas y prácticas ocurren en la ciencia en general y en la investigación en salud en particular.

Estos hechos han sido abordados con más detenimiento en trabajos anteriores,^{12,13,3} tan solo recordemos dos elementos importantes: el Estado nación, contenedor del quehacer en salud pública y principal impulsor de la misma ha debilitado su autonomía y soberanía transformándose en un intermediario sin gran poder para definir y defender las políticas sociales en el campo de la salud colectiva. Al mismo tiempo nuevos poderes han aparecido representados por las identidades defensivas y proyectivas, las que defienden aspectos íntimamente ligados con su mundo de la vida y proyectan su accionar político hacia otros actores y ámbitos de la sociedad. En esa medida, desde la salud pública debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de nuestra disciplina radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes-mediadores de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

En otras palabras, el contexto social, cultural y político actual abre una perspectiva de cambio para la salud pública convencional. Al mismo tiempo el debilitamiento de la metáfora que sustenta la eficacia

de la “enfermología pública” también reclama nuevas formas de mirar y accionar.

La mirada

Habíamos dicho anteriormente que una primera característica de las propuestas alternativas sobre la salud pública constituye su necesidad de comprenderla históricamente. Una segunda característica habíamos indicado, es aquella necesidad de contextualización. Una tercera característica que acompaña a las propuestas de cambio radica en la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de la población.

La salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva mientras que, la Salud Pública Alternativa requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir y al mismo tiempo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos.

Bajo este requerimiento, interpretamos que la mirada de la Salud Pública Alternativa está cambiando y buscando ampliar su horizonte para avanzar desde:

- a) Su preocupación por ver solamente la enfermedad y la muerte a la necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida, sin descuidar las primeras.
- b) Su costumbre de ver objetos al intento por mirar sujetos.
- c) Su compromiso con la función sanitarista del Estado a la comprensión de otras formas de accionar saludables que a su vez construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud.

Para la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (la evidencia) sobre la enfermedad, ni su libre voluntad juega en la curación, sino que el individuo tiene que supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión cuanto en su accionar, a los dictámenes del médico representante del conocimiento y del método científicos; en esta forma, en palabras de *Foucault: el individuo es suprimido, es barrido como evidencia; o como dice Madel Luz, la cuestión de la vida... es transformada en metafísica.*¹¹ Así también, con la *Enfermología Pública*, los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida no pueden jugar ningún papel la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas, las que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral. Por otro lado, las prácticas necesarias para la prevención deben ser diseñadas y ejecutadas por el Estado, el que en su labor igualmente *civilizadora* ayudará a superar las prácticas y poderes locales necesariamente irracionales; las colectividades, en palabras de *Foucault*, habrían sido suprimidas o transformadas en objetos con vida.³

La vida y el sujeto

Para la salud pública alternativa, lo anterior es profundamente contradictorio porque:

- No pueden existir objetos conscientes con vida; estos, necesariamente son sujetos.

- Los objetos siempre son alopoiéticos, mientras que los seres vivos son autopoiéticos,¹⁶ es decir, producen sus propias normas y estructuras de autoproducción; en especial las poblaciones humanas.
- El vivir genera la salud y esta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; *salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado.* (Maestría de Salud Pública de la UNL 1997-1999. Plan de estudios. Loja: Universidad Nacional de Loja; 1997.)
- Si en el diario deambular, las poblaciones producen su salud, entonces, 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 mediante lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio,**** de otra forma ocurre lo que *Almeida y Silva Paim* critican: “la salud se ubica en el punto ciego de las ciencias de la salud.”¹⁴

Reflexionemos sobre los puntos anteriores:

Si la salud es la capacidad de regular por uno mismo la normalidad del buen funcionamiento corporal y psíquico, entonces podremos hablar de una norma biológica común para la especie pero también existirá una norma cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Existirá además una norma individual propia de cada persona, producto de su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente. Si es así, la Salud Pública Alternativa comienza a preguntarse acerca de cómo proceder para transformarse en intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

Lo anterior está llevando a la salud pública a pensar que el método científico positivista basado en la idea de la *verdad universal* a través de la *mathesis* o *comparación de las cosas en el mundo*⁸ deberá dar paso a una propuesta metódica que también considere las *verdades* particulares y diversas ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano conservan su capacidad de instituir nuevas normas. Esta forma de ver hace más complejo los métodos de investigación tradicionales utilizados por la epidemiología y fundamentados en una visión de riesgo, al verse obligados a diferenciar la susceptibilidad grupal e individual y la acción de los factores asociados al problema que se intenta estudiar.¹⁵ Al respecto, *Naomar Almeida*, desde la Epidemiología hace aportes importantes para dar cuenta de esta y otras problemáticas al introducir tres dimensiones: la dimensión de las instancias, la dimensión de los dominios y la dimensión de los niveles de complejidad.¹⁶

La Salud Pública Alternativa también está repensando sobre el tiempo en forma muy diferente a como tradicionalmente hemos pensado, esto es, en una supuesta *eternidad* en las leyes. El interés por dar cuenta de la salud y vida y no solo de la enfermedad recomienda más bien 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.

Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas.¹⁷ Al respecto *Humberto Maturana* interpreta que el organismo, para sobrevivir, requiere acoplarse a sus especiales requerimientos organizativos que establecen su propia *identidad*, para lo cual en ocasiones tiene necesidad de cambiar sus relaciones con el medio: *Todo lo que en los seres vivos ocurre no responde a especificaciones del medio, sino a sus propias determinaciones estructurales. Lo único que el medio puede hacer es “gatillar” determinadas reacciones definidas por la estructura del ser vivo.*¹⁸

La Salud Pública Alternativa tendría necesariamente que 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 norma necesaria para lograr la salud, sino que la acción fundamental radica en la constante e infinita norma que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y en su acoplamiento consensual,¹⁰ acción que la salud pública debería constantemente interpretar y reinterpretar.

La Salud Pública Alternativa también requiere interpretar el futuro en forma distinta a la clásicamente establecida: es decir no puede aceptar la evolución como un hecho necesario, previamente establecido por las leyes objetivas dentro de un universo cerrado. Si la propia vida tiene una capacidad autonormativa o autopoietica, entonces, el universo siempre es abierto y la evolución es más bien el resultado de una deriva natural, conforme lo sustentan *Varela y Maturana*,¹⁰ mientras que la sociedad parece que sigue un camino más allá de la gente y que es necesario deshacerse de esa idea de una dirección consciente y de un total dominio sobre nuestro destino, tal como lo contemplaban los sociólogos clásicos. Esto es importante, porque cada día aparece con más fuerza la idea de primero mirar el presente para interpretar la vida de los organismos y poblaciones y explicar la forma como *emergen* las propias normas de la sociedad, del organismo o del cuerpo.

Si la norma se halla ubicada en la vida misma del organismo y en la acción o vida social, es difícil recomendar que el presente se supedita a una imagen del futuro elaborada con cualquier teleología de tipo cientificista porque para una proyección donde se pone como eje la vida, todas las predicciones se transforman en previsiones relativizadas por la fuerza de las normas que emergen en el presente por la dinámica de la materia o por la capacidad autopoietica natural o social. Entonces la seguridad del futuro únicamente será posible construirla mediante la *acción* que se desarrolla aquí y ahora (Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington: OPS/OMS;1993).

La Salud Pública Alternativa creemos debe proponer una interpretación diferente no solo del tiempo, sino también del espacio. Tiempo y espacio aparecen imbricados en la acción humana, donde las nociones de presencia-ausencia humanizan al tiempo-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 tejen como acción social.

La Salud Pública Alternativa da un énfasis grande a la acción que había sido dejada de lado por el peso avasallador del cogito cartesiano. Además, las dicotomías teoría-práctica y sujeto-objeto son cuestionadas y se plantea que *todo conocer es hacer y todo hacer es conocer*,¹⁰ con lo cual se reconoce que el pienso, luego existo es posterior al acciono, luego existo, conforme propone *Heidegger*,¹⁹ o al distingo, luego existo como habla *Von Glaserfeld*.²⁰

La Salud Pública Alternativa nos lleva a reconocer y dar importancia a otras racionalidades y en esa empresa, también reconocen que el obrar se acompaña de una *conciencia práctica*;²¹ y por tanto, también es racional aun antes que la conciencia discursiva se haga presente. Si es así, entonces, la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción promoción gana una fuerza inusitada, pero no solo como una concepción de promocionar los comportamientos y *estilos de vida* racionales y universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoieticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones en su diario accionar, con lo cual el carácter *civilizatorio* o mesiánico de la ciencia occidental perdería su poder omnímodo para compartir conocimientos, saberes y prácticas con otras culturas.²² **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 siempre que ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo, establecemos qué es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico.*****

Si la razón instrumental creada por el pensamiento occidental ya no es aceptada como *la verdad* sino como una interpretación de la realidad, esta 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.

Es interesante reconocer que Salud Pública Alternativa propondría comprender la salud pública desde la vida misma y no solo desde el cálculo del riesgo que ocurre por fuera y antes que la *máquina corporal* enferme. El riesgo se internalizaría y se encontraría ubicado en la propia vida del individuo y del grupo, con lo cual la salud pública se imbricaría con el afán de construcción de la identidad individual y colectiva. Una de las maneras de promover la salud radicaría en que la población aprenda a conocer y manejar los riesgos, más que querer dominarlo todo, porque lo que con seguridad hemos aprendido en esta época de increíble desarrollo científico es que, como habíamos dicho anteriormente, existen condiciones de la acción humana desconocidas y consecuencias de la acción no deseadas, debido a lo cual es más complejo calcular los riesgos manufacturados, siendo mandatorio que todos construyamos la acción mediante el acuerdo intersubjetivo.

El sujeto social y la vida

En los párrafos anteriores enfatizamos en la necesidad que tiene la salud pública de aproximarse primero a la vida y al sujeto con el fin de liberarse de aquella atadura que la obligaba a mirar nada más que

objetos alopoiéticos cifrados por la enfermedad y la muerte, los que debían ser “exorcizados” por una salud pública científicista y normativa montada sobre el aparato Estatal.

El imaginar que la salud ocurre por el propio hecho o acción de vivir, es sin lugar a dudas refrescante, porque realza el carácter “autopoiético” del ser vivo, pero es al mismo tiempo peligroso que este pensamiento libre de toda atadura nos lleve a generar imágenes de organismos particulares que supuestamente existen al margen del sistema social, cuando sabemos que la salud pública, al intentar comprender la salud como hecho social tiene necesariamente que interpretar el vivir como acción biológica y social. Pero aquello no es suficiente, porque la salud pública en cuanto multidisciplinaria no puede comprender solamente las acciones sociales que generan salud, sino que también requiere explicar y obrar sobre las estructuras que potencian o restringen el desarrollo de esas acciones sociales. En esa medida, la salud pública tiene que *mirar la acción y la estructura*. Ahora bien, no puede ver la acción de vivir únicamente desde la estructura porque terminaría traduciéndola en una simple función, tal como hizo el pensamiento funcionalista sobre el que se fundamentó la salud pública convencional. Tampoco puede ver la estructura únicamente desde la acción porque terminaría interpretando que la estructura es solamente un epifenómeno de la acción.

La Salud Pública Alternativa requiere entender la estructura de las prácticas sociales saludables y deteriorantes, esto es, comprender y explicar *como la estructura es constituida por la acción, y recíprocamente, como la acción es constituida estructuralmente*.²³ En esa medida podremos interpretar que la vida saludable es construida diaria y activamente por sujetos diestros y calificados pero que al mismo tiempo esa construcción lo hacen como actores históricamente situados y *no bajo condiciones de su propia elección*.²⁴ Así, las conductas saludables pueden ser interpretadas tanto como acciones intencionales generadas por el sujeto pero al mismo tiempo habilitadas o constreñidas por las regularidades estructurales en las que se desenvuelve dicho comportamiento.

Los mencionados procesos de estructuración de las prácticas sociales saludables o deteriorantes deberán necesariamente ser entendidos en base a la interacción de marcos significativos constituidos por los propios actores sociales, marcos que se sustentan en criterios de *verdad*, eticidad, veracidad, los que a su vez se desenvuelven por medio de la comunicación de los poderes que se reproducen en esa interacción. Al respecto, *Giddens* opina que *todo orden cognoscitivo y moral es al mismo tiempo un sistema de poder, que incluye un horizonte de legitimidad*.²³ De esta forma la salud pública podría resistirse a la receta reduccionista de la razón instrumental que intenta ver la acción humana como una simple función de la estructura para más bien rescatar las prácticas sociales con sus potencialidades emancipadoras.

La Salud Pública Alternativa manifiesta su compromiso de impulsar la estructuración de prácticas saludables con la participación de los distintos actores sin dejar de lado el estudio del sistema en cuanto normas y recursos que apoyan o perturban el desarrollo de acciones saludables. Es por esto que habíamos dicho que la labor del salubrista se centra alrededor de la interpretación de las acciones vitales que generan salud y al mismo tiempo la mediación promotora de normas y recursos que factibilizan dicha labor, pero en ningún momento creemos que es conveniente solamente centrarse alrededor de las funciones estatales. Si bien las Funciones Esenciales de la Salud Pública recomendadas por la

Organización Panamericana de la Salud²⁵ conducen a visualizar las obligaciones de un Estado que había dejado de lado el quehacer en este campo, no dan cuenta de los cambios urgentes que deben llevarse a cabo en las maneras de ver, interpretar y accionar en la salud pública, ya que al centrar la preocupación alrededor del quehacer gubernamental, las prácticas sociales que pueden apuntalar la salud y la vida son conceptualizadas con bastante profundidad pero luego pasan a ser operacionalizadas en cuanto a la función estatal. En otras palabras las Funciones Esenciales de la Salud Pública parece que estarían interpretando que la vida y la salud solo son posibles lograrlas a través del *control* del Estado en un momento de inmensa debilidad del mismo. Quién sabe, la posibilidad de que el Estado no disminuya aún más sus obligaciones sociales alrededor de que la salud radica en que las nuevas fuerzas o movimientos sociales puedan ampliar la democracia pero al mismo tiempo fortalezcan su capacidad de control social, vigilancia y presión sobre los deberes del Estado en el ámbito de la salud colectiva. Como dice *Amelia Cohn ...continuamos condenados(as) a buscar descifrar las nuevas formas de construcción y mediación entre intereses particulares y universales, sin caer en las artimañas de retomar la vieja antinomia entre Estado y sociedad civil, y tampoco confundir lo público con lo estatal... no ceder los preceptos y valores éticos comprometidos con la democracia sin perder la perspectiva crítica que tal opción exige* (Cohn A. Estado e sociedades reconfiguracoes do direito a saúde. *Ciencia e Saúde Coletivo*. 8(1):9-32).

La interpretación-acción

Es fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relación en redes autodependientes, sistemas complejos, etc., avances que en alguna medida van integrándose a la salud colectiva y que nos brindarán nuevos elementos para una mejor comprensión del complejo mundo de la vida. Los aportes de *Humberto Maturana, Francisco Varela, Fritjof Capra*, etc. son posiblemente los que más apoyan para establecer una potencialidad interpretativa diversa para la salud pública.

Pero además, es fundamental que recordemos que el accionar en el campo de la salud pública, conforme lo reconoce *Mario Testa*²⁶ se desarrolla en un doble movimiento de determinación-constitución y de significado-sentido. En otras palabras, es fundamental que la acción en salud pública obre con un criterio de búsqueda de las determinaciones de su objeto de estudio, esto es, descubra las “fuerzas positivas que establecen los límites dentro de los cuales puede ocurrir el fenómeno”. Además en la acción en salud pública el salubrista se forma en cuanto sujeto, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, sujeto público para, por último, reconstituirse como sujeto de la vida comprometido con el cambio requerido. Para hacerlo el salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con el que se encuentra y que por lo general se consolida en cuanto a la estructura pero a su vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido. El juego de sentido-significado-determinación-constitución es un juego complejo capaz de caminar con algún éxito entre el *scila* del subjetivismo y el *caribdis* del objetivismo.

Bajo este requerimiento *Mario Testa* reconoce la necesidad de una doble hermenéutica recomendada por *Habermas* y *Giddens*. Al respecto, las ciencias sociales, han avanzado notoriamente y surge la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica a través de la inmersión directa del

cientista social con la población y en su mundo de la vida, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Pero además, las ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia.

El mundo en el que se mueve el salubrista es un mundo que está *dado*²⁷ y que también está *dándose*. Está *dado* como estructura en la que es posible encontrar recursos físicos, ecológicos, biológicos, financieros, tecnológicos, etc., por un lado, pero también normas: leyes, reglamentos, directivas reconocidas e institucionalizadas. Está además *dándose* (ocurriendo) como la autopoiesis vital individual y social y como producto del accionar de la gente con sus verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder.

El salubrista requiere conocer-accionar en ese doble mundo de lo *dado* y del *dándose*. La complejidad de la acción-investigación por parte del salubrista radica en que se aproxima en el mundo de lo *dado* a un objeto que aparece como biopsicología individual que también es social en razón del acoplamiento estructural y consensual del que nos habla *Maturana*;¹⁰ por lo tanto el salubrista lidia con un objeto que siempre es sujeto. Pero no solo es social sino que está constantemente *dándose*, es decir, es una biopsicología individual que está *dándose* por propia autopoiesis individual y por la interrelación social. En otras palabras trabajamos siempre con objetos que son sujetos y con individuos que son sociales, pero que nunca pierden su carácter individual por su característica autopoietica conforme indica *Castiel*.²⁸

Esta situación complica aún más la *efectividad operacional en el dominio de la existencia*¹⁰ (conocimiento) del salubrista, porque no solo debe dar cuenta de un objeto-sujeto que está *dándose* en cuanto actor social sino que debe también dar cuenta de un actor socio-biológico. En otras palabras debe imbricar la aproximación que propone *Testa* con aquella mirada del epidemiólogo, conforme reclama *Almeida Filho*¹⁶ en su obra “La ciencia tímida”. *Las teorías contemporáneas de la planificación-gestión en salud son cada vez más basadas en el concepto práctica, todavía se las aplican sin el instrumental de la epidemiología, como si la epidemiología no tuviera nada que decir a los planificadores de las escuelas de Carlos Matus o Mario Testa*. Pero no es suficiente que el salubrista se aproxime al actor socio-biológico para comprenderlo, sino que también comprenda que el actor sociobiológico debe lograr su constitución en cuanto tal durante la propia interrelación. Este último requerimiento es abordado por *Ayres*,²⁹ quien a su vez recomienda una aproximación regida por el concepto *cuidado* para alcanzar aquello que él denomina *logro práctico* en contraposición al *éxito técnico* que aparece como unilateral e incompleto, mientras que *Testa* nos habla de la necesidad de una aproximación amorosa. En otras palabras, la Salud Colectiva o Salud Pública Alternativa estaría buscando que *aquel camino trágico para la humanidad*, -del que nos habla *Madel Luz-* *en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adios*, se vuelvan ahora a encontrar.¹¹

Ante la complejidad de la acción-conocimiento por parte del salubrista es fundamental, entonces recurrir a aquella doble hermenéutica que nos habla *Mario Testa*, comenzando por una hermenéutica 0 (cero)

centrada en el lenguaje para luego pasar a un hermenéutica 1 (uno) donde las distintas lógicas científicas dan buena cuenta de los requerimientos del conocer-hacer. En otras palabras, parece que Salud Pública Alternativa nos está enseñando que no es posible supeditar todo el conocimiento de la compleja problemática a modelos explicativos matemáticos sino que es fundamental su simbiosis con modelos comprensivos que posibiliten la recuperación de lo humano ante su naturalización llevada a cabo por los discursos de la medicina y de la salud pública tradicional, o la supresión del sujeto individual y social ante la necesidad de supeditarlo a la supuesta verdad de ciertos discursos científicos sociales y políticos sustentados por algunas versiones de la Epidemiología Crítica, como aquella en la que participé en su desarrollo cuando laboré en la década de los años 80 en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS de Ecuador.³⁰

La propuesta de la epidemiología de los *modos de vida*, los *modelos de fragilización* y la *etnoepidemiología* que presenta Naomar Almeida en *La Ciencia Tímida*, posibilitaría a la Salud Pública Alternativa interpretar la enfermedad en la población como un proceso *histórico, complejo, fragmentado, conflictivo, dependiente, ambiguo e incierto*, conforme propone el autor, permitiendo al mismo tiempo la proyección de una acción más previsional que predictiva.

En este campo, la Salud Pública Alternativa también nos está llevando a pensar que es fundamental superar las formas de validación reductoras que *atribuye la realidad fundamental y la eficacia causal al mundo de las matemáticas, identificado como el reino de los cuerpos materiales que se mueven en el espacio y en el tiempo*,³¹ que entrega, como dice Ayres, un inmenso peso al ser de los objetos y a la trascendencia del conocimiento, negando al mismo tiempo el ser del hombre y la trascendencia del mundo. Propondríamos, conforme sustenta el autor, que la *verdad* y pertinencia del quehacer de la salud pública sea juzgada en base a la *configuración de proyectos sociales para el conocimiento y transformación de la realidad que se construyen y se transmiten intersubjetivamente en forma de normas que logran tornarse válidas para el conjunto de la sociedad*.⁸

La Salud Pública Alternativa que se intenta desarrollar, requiere transformaciones en el ámbito de la formación del personal. La formación del salubrista adecuado para la metáfora de la *enfermología pública* se relacionaba con una imagen del salubrista *interventor técnico-normativo*, mientras que el momento actual, reclama, como hemos dicho, un *sujeto intérprete-mediador*, es decir: intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y, mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Con el primer punto la formación del salubrista intentaría dar cuenta de aquel descuido de la salud pública por la salud y aportaría elementos filosóficos, teóricos, metódicos y técnicos para la interpretación de la salud pero, al mismo tiempo, estaría reconociendo la necesidad de apoyar la comprensión por parte de los estudiantes de que una fuerza fundamental para la producción de la salud y para controlar socialmente el ejercicio económico, técnico y político del sistema se encuentra en la propia forja de los públicos por la salud.

Con la segunda característica la formación del profesional intentaría dar una respuesta diferente ante los cambios que vivimos, esto es: establecer como eje la vida y el accionar poblacional para entender y movilizar los conocimientos científicos y no científicos existentes, viabilizar las fuerzas políticas, y encaminar los recursos necesarios para el mejoramiento de la salud y vida poblacional. Esta acción mediadora obliga, por otro lado, a las instituciones formadoras de salubristas a mantener una posición ética de defensa de la vida, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía. Requiere, también, adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer y actuar, y sobre el uso de la ciencia y la tecnología.

¿Qué es la Salud Colectiva, Hoy?

Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho definen la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud³² ...la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras.

No creo que exista discusión alrededor de esta definición. Todos los participantes en este panel posiblemente están de acuerdo. El desafío que tenemos a nivel de nuestros países es, como había indicado al inicio, trascender la teoría y práctica convencional de la salud pública con miras a *desarrollar las mejores ideas y acciones para apoyar la forja de una salud pública que pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el mejoramiento y cuidado de los niveles de salud de la población*. Cuando intentamos cumplir con este encargo, es cuando los frutos, maduros unos, tiernos otros, y en gestación algunos, pertenecientes al árbol de la Salud Colectiva alimentan y dinamizan la empresa.

La Salud Colectiva como campo de conocimiento en constante desarrollo constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones. Al referirme a la ampliación de la visión hablo de esa necesidad de ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad.

Pero el reto de criticar, conservar y superar la salud pública convencional, no solo radica en la potencialidad de ampliar los horizontes de visión sino al mismo tiempo cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico hacia el compromiso por alcanzar *logro práctico*, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda *Testa* de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación, comprendiendo además que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales se constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico que trae la Salud Colectiva, y al hacerlo, ejercen su poder y derecho en cuanto a la ciudadanía. Para ello, entonces la hermenéutica doble es fundamental, al igual que el aporte de la experiencia vivida por la

militancia sociopolítica de la Salud Colectiva.

Además de preocuparse por reconceptualizar y cambiar la interacción interventora técnico-normativa en el campo de la *enfermología pública*, la Salud Pública Alternativa tiene necesariamente que establecer una proyección y relación distinta con las políticas, estructuras e instituciones existentes en el campo con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad. Ahora bien, esto no puede ser alcanzado mediante versiones interventoras de viejo o nuevo cuño, sino por medio de la construcción de públicos que protegen y desarrollan sus instituciones y controlan el cumplimiento de las obligaciones estatales en salud. Nuevamente las experiencias vividas por gerentes y gobernantes procedentes de la Medicina Social latinoamericana y de la Salud Colectiva son indispensables.

El intento de emigrar desde la enfermología pública hacia una propuesta alternativa en salud pública ha constituido un proceso complejo para la Universidad Nacional de Loja al igual que para cualquier “actor” que quiera enfrentar este reto con responsabilidad. En el ámbito disciplinario, la imbricación de la planificación y la gestión con la epidemiología constituye posiblemente el problema metodológico más complejo, sobre el que ya brillan algunas luces mediante las propuestas de síntesis producidas en el área. El diálogo entre las ciencias de la salud dominadas por el discurso médico y de la enfermedad y el discurso de las ciencias sociales ha avanzado, pero debe seguir adelante superando los múltiples problemas, como por ejemplo, aquellos apuntados por *M C Minayo* y otros.³³ La ampliación y complejización del campo también asusta a muchos y causa reacción negativa en otros, en la medida en que provenimos de un área tradicional de la salud pública donde la repetición de más de lo mismo constituye por lo general la norma. La formación de recursos humanos en este ámbito interdisciplinario choca contra la forma utilitarista y tecnicista de la educación anterior.

¿Qué es la Salud Colectiva, Hoy? Pues, es ante todo, creo yo, un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado la salud pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos.

Summary

The article begins with the analysis of the advances and restrictions in the field of public health; later it deals with the debate on community health. It is recognized that public health care prevailing in Ecuador and in Latin America is based on a metaphor derived from the philosophical-theoretical assumption of

disease and death, the positivist method, the structural functionalism and the recognition to the state's power as a privileged force to assure the prevention of disease. These categories made it possible for health providers to behave as technical-normative interventors. Changes occurred in the last decades of globalization compels public health care to find its new path by which it can understand and act upon health and life and not only upon disease, interpret population's culture and its forms of power exercise and give more strength to social action and to the new identities that fight for health. In this way, the health provided should play the role of interpreter-mediator of several proposals in the process of health construction. The improvement of the concept of conventional public health care lies in looking and interpreting the process of health-disease in a different way, that is, to see population's health within its historical realities, its context matrix, its vital substantiation rather than seeing it as mere elimination of disease. It is also required to shift those practice only seeking technical success to the compromise of attaining practical achievements. In doing so, we should develop that quadruple movement of construction of sense, construction of meaning, constitution and determination that Mario Testa recommends. Being Community Health an articulate set of technical, ideological, political and economic practices, always open to incorporation of innovating proposals, it constitutes a high valuable source for reflection and advance of alternative public health.

Key words: Community health, Public health, Alternative health, Public health care services.

Referencias bibliográficas

1. Testa M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
2. Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública*. Washington D.C.: OPS/OMS; 1993.
3. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2001;18(2):83-100.
4. Virchov R. En: Rosen G. *Da Polícia Médica a Medicina Social*. Rio de Janeiro: Editorial Graal; 1979.
5. Passos Nogueira R. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Lta; 1994.
6. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1966.
7. Granda E. Sujeto, ética y salud. *Salud Pública. Experiencias y Reflexiones*. 1997;3:46-61.
8. Ayres JR. *Epidemiologia e Emancipacao*. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1995:p.67-85.
9. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1992.
10. Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. 9na. ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.
11. Luz M. *Natural, Racional, Social*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
12. Granda E. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. *Saúde em Debate*. 24(56):83-101.
13. Granda E. Salud pública: hacia la ampliación de la razón. En: *La Medicina al final del milenio*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1995.
14. Almeida-Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*. 1999; 75:5-30.
15. Castiel D. *O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papirus; 1994.

16. Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
17. Canguilhem G. Ideología y racionalidade nas ciencias da vida. Liboa: Edicoes. 1974; 70.
18. Echeverría R. El búho de Minerva. 3ra. ed. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1997.
19. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
20. Von G. Distinguishing de Observer-<http://www.oikos.org/vonobserv.Htm>, 1999.
21. Giddens A. Central problems in social theory. Berkeley. University of California Press; 1979.
22. González M. Educación, universidad y postmodernidad. Poligrafiados de la UNL, Loja, 1999.
23. Giddens A. New Rules of Sociological Method' 2nd ed. Stanford: Stanfor University Press, 1993.
24. Marx C. El Dieciocho Brumario. México: Editorial Cartago; 1972.
25. OPS/OMS. Las funciones esenciales de la Salud Pública. Washington: OPS/OMS; 2002.
26. Testa M. Saber en Salud: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
27. Zemelman H. Los horizontes de la razón (t 1). México: Antropos; 1992.
28. Castiel D. O Buraco e o Avestruz: A singularidade de adoecer humano. Campinas: Papyrus; 1994.
29. Ayres JR. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista Nacional de Salud Pública. 2002;20(2):7:67-82.
30. Granda E, Breilh Jaime. Saúde na sociedade (segunda edicao brasileira. Sao Paulo: ABRASCO; 1989.
31. Burt E A. (org). The English Philosophers from Bacon to Mill. Mencionado por Ayres J R. Epidemiología e Emancipacao. Op. Cit. p.74.
32. Silva Paim J, Almeida Filho N. A Crise da Saúde Pública e a utopía da saúde coletiva. Salvador de Bahía: ISC-UFBA, 2000.
33. Minayo MC et al. Posibilidades e dificuldades nas relacoes entre ciencias sociais e epidemiologia. Ciencia e Saude Coletiva. 8(1): 97-107.

Recibido: 20 de octubre de 2003. Aprobado: 22 de diciembre de 2003.

Edmundo Granda. Universidad Nacional de Loja.

*** Presentado en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Brasilia; 29 de julio al 2 de agosto de 2003.**

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

***** Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS ha apoyado grandemente el tratamiento de este tema. El que escribe, también ha realizado un módico aporte en el artículo El Sujeto, la Ética y la Salud.**

¹ **Profesor de la Universidad Nacional de Loja y Profesional Nacional de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de Salud-Ecuador.**

[Indice Anterior](#) [Siguiente](#)