

INVESTIGACION Y CONSTRUCCION DE CAPACIDADES EN SALUD PUBLICA

RESEARCH AND THE BUILDING OF CAPABILITIES IN PUBLIC HEALTH

**María del Carmen
Rojas**

Investigadora adjunta
IIGHI-CONICET. Doctora en
Demografía
rojas_herrera@amet.com.ar

Resumen

Este artículo constituye una reflexión sobre temas que permitan dar cumplimiento a "los objetivos del desarrollo del milenio". En este sentido, se orientan estas reflexiones trascendiendo lo descriptivo y se articula el análisis observando la investigación de las condiciones de salud en una era de tragedia social como principal "objeto", y que a la vez nos empuje, desde los nuevos horizontes de la epistemología, a mirar también las paradojas y empobrecimientos que pesan sobre el "sujeto" del conocimiento.

Se exponen las claves para conformar un paradigma emancipador de las ciencias de la salud, para la construcción de capacidades en salud pública.

Palabras clave: Objetivos de desarrollo del milenio, sujeto del conocimiento, salud pública

Abstract

This article is a reflection on the topics that are relevant to the attainment of the "Millennium Development Goals". The reflection aims at going beyond the descriptive aspects and is centered upon the research on health conditions in an era of social tragedy as the main "object" which in turn may lead, from new epistemological horizons, to consider the paradoxes and impoverishments that the "subject" of knowledge undergo.

Ponencia realizada en el marco del Taller Internacional de Centros colaboradores OMS e instituciones de excelencia científica.

La Habana, 23-25 noviembre 2006. (Revisada febrero 2008)

Trabajo recibido:
noviembre 2007
Aprobado: abril 2008

The keys to the creation of a liberating paradigm in the health sciences are proposed, in order to build capabilities in public health.

Key words: Millennium Development Goals, subject of knowledge, public health

Introducción

Las disciplinas como las dedicadas a la salud que se desarrollan cerca de la necesidad humana, pueden construir una actitud más solidaria y democrática en la investigación.

No nos sorprende entonces que la OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública de Cuba convoquen a este encuentro internacional para analizar, entre otras cuestiones, la trayectoria de la investigación y resalten la urgencia de estudiar las perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación, justamente en momentos en que se reconoce una crisis del modelo científico dominante.

Frente a este llamado de reflexión tenemos que enfocar aquellos temas que nos permitan dar cumplimiento a "los objetivos del desarrollo del milenio". En este sentido, poco conseguiríamos si nos limitamos a trazar aquí algunos rasgos de la tragedia actual de América Latina y El Caribe y elaboramos un inventario de recetas sobre la investigación debida. De ese modo, no quedaría explicada ni la crisis social, ni la crisis actual de la investigación, ni tampoco la relación entre una y otra. Por eso hemos orientado estas reflexiones para trascender lo descriptivo y articular el análisis de las dos crisis. Un enfoque que nos permita mirar la investigación de las condiciones de salud en una era de tragedia social como principal "objeto", y que a la vez nos empuje, desde los nuevos horizontes de la epistemología, a mirar también las paradojas y empobrecimientos que pesan sobre el "sujeto" del conocimiento.

En definitiva, asumimos que el desafío mayor de este evento es reconocer las claves para conformar un paradigma emancipador de las ciencias de la salud, para la construcción de capacidades en salud pública.

Algunas claves epistemológicas: una necesaria revisión para construir capacidades en salud pública.

La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.¹

Como se evidencia, la salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud con el fin de prolongar la vida a partir de mejorar la "calidad de vida" de las poblaciones mediante la "promoción de la salud, la prevención de la enfermedad" y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre "promoción de la salud" se ha establecido una distinción entre la "salud pública y una nueva salud pública", con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los "determinantes de la salud", así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta "nueva salud pública" debe basar su diferencia en una comprensión global de las formas en que los "modos, estilos de vida" determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, "apoyando modos y estilos de vida sanos y creando entornos que apoyen la salud".

Para contribuir con esta nueva concepción de salud pública es necesaria la construcción de una ciencia contrahegemónica que pase necesariamente por el análisis de los aportes actuales desde la epistemología, desde las ciencias humanas, o aun desde el pensamiento de las organizaciones sociales, contribuyendo a reconstruir tanto el

¹ Referencia adaptada del "Informe Acheson", Londres, 1988

“objeto de estudio” como el “sujeto del conocimiento”, y que implican una enriquecedora y selectiva recuperación de ideas vitales de la filosofía revolucionaria de los dos siglos anteriores.

Esta ciencia contrahegemónica se basa en autores como:

- Jaime Breilh que en su libro *la Epidemiología Crítica* dedica un capítulo entero al análisis de “cómo se transforman, avanzan o retroceden los conceptos científicos”, y pone de relieve la necesidad de estudiar con precaución los materiales producidos por la llamada “epistemología posmoderna”;
- Edgar Morin, que a la par que condena el distanciamiento de la ciencia respecto a la realidad, trabaja también en el problema de la construcción del objeto de la ciencia, recuperando la noción de complejidad que se extravió bajo la mirada lineal y reduccionista del positivismo y evitando el uso de megarelatos impositivos que han reducido el pensamiento científico al molde de una visión rígida y monótona de la realidad;
- Los planteamientos de Boaventura Santos, con su idea de una segunda ruptura epistemológica que nos acerque al saber popular;
- Las ideas de Maturana contra esa noción de “objetividad que obliga”;
- Bruno Latour con su cuestionamiento a la idea de un mundo ficticiamente exterior, provocado por el divorcio metodológico entre objeto y sujeto, que en el positivismo constituye un obstáculo para la objetividad;
- Los fundamentos de McLaren y Walsh et al, con sus propuestas de descolonización e indisciplina de la ciencia para incorporar el multiculturalismo en ella.

Estas contribuciones implican un notable trabajo de reflexión, que se complementan con los innovadores aportes surgidos desde las ciencias sociales, donde descollan algunos científicos latinoamericanos, o con aquellos surgidos desde la lucha social y los expertos del pueblo, cuyas ideas también están contribuyendo a conocer mejor las raíces de la crisis actual del capitalismo, y a perfilar ese “otro mundo posible” del que tanto depende la salud pública en el mundo.

Ahora bien, ningún discurso científico se genera al margen de una práctica social, y tanto el discurso como la práctica de los científicos se recrean constantemente en medio de las condiciones de posibilidad de lo que se puede pensar, conocer y decir en un momento histórico determinado. La construcción del discurso científico no puede siquiera deslindarse del discurso social común; pues hasta las estructuras lingüísticas y los sentidos y significaciones que subyacen en un contexto cultural inciden sobre la producción de ideas científicas.

El análisis del proceso de producción de conocimientos científicos, entonces, “no se refiere sólo a las determinaciones en el modo de pensar científicamente de los/as expertos/as –descubrir y validar- sino que debe enfocar las determinaciones estructurales y político ideológicas de procesos no culturales ni psicológicos, como los sistemas de financiamiento y poder que caracterizan los escenarios donde se produce ciencia, y que no sólo tienen impactos sobre individuos y grupos sino sobre la conformación de las condiciones económicas y políticas más amplias que moldean, indirectamente, la episteme y las estructuras simbólicas en cuyo seno se desenvuelve el quehacer. Es decir, tampoco dejan de pesar los procesos de la cultura en la que trabajan las personas que hacen ciencia y las estructuras simbólicas que condicionan, directa o indirectamente, los procesos de interpretación. Por fin, inciden también las relaciones de poder y las tendencias ideológicas de los escenarios educativos, especialmente las universidades, que participan en la reproducción del pensamiento social y técnico de una sociedad. En otras palabras, y por todo lo analizado, no se trata sólo de una psicología y antropología del problema, sino de una sociología y economía política del mismo; no se trata sólo de una psicogenética de la producción de ideas científicas, cuanto de una filosofía crítica del problema” (Breilh, 2002a). Relaciones que podríamos representar como el movimiento de una historia “externa”, con sus mediaciones económicas, institucionales y culturales, y una historia “interna” de los escenarios especializados del quehacer científico, mediados a su vez, por el modo de vida posible de los actores involucrados en todo el conjunto.

De esa forma, para responder al análisis de las perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación, replanteándolo en una epistemología dialéctica. Lo anterior implica ver a la

ciencia como un proceso que mantiene una autonomía relativa, pero que está insertado en la vida colectiva e indisolublemente ligado a las determinaciones de su estructura de poder.

Por todo lo dicho, debemos estar claros de que el análisis crítico de la producción de conocimientos no es un proceso puramente académico puesto que para realizarlo tenemos necesariamente que relacionar el desafío epistemológico de construir un nuevo paradigma, con el desafío ético de construir un nuevo modelo de praxis en el seno de un escenario histórico donde opera el choque de intereses sociales opuestos y una estructura de poder y dominación. Es decir, el análisis de las perspectivas de la investigación es un acto de desarrollo cognitivo, pero al mismo tiempo es un desafío ético y político.

La salud pública convencional y funcionalista ha trabajado fundamentalmente sobre la base de dos paradigmas surgidos de la desconexión de objeto y sujeto: el paradigma positivista, para el cual la realidad existe como "objetos puros" que se reflejan en el sujeto; y el racionalismo, para el cual es el "sujeto puro", el que construye los objetos de esa realidad.

No podemos aquí explayarnos en una crítica de esos paradigmas sólo destacaremos dos aspectos de enorme interés para la evaluación del trabajo científico que realizamos:

1. Desde cualquiera de esas dos ópticas predominantes, el objeto salud pierde la unidad dialéctica de sus dimensiones: ontológica, conceptual y práctica. Tanto el positivismo como el racionalismo se basan en la desintegración de la salud como "objeto de estudio", la salud como "concepto" y la salud como un "campo de intervención". En otras palabras, sea por la vía del objetivismo o por la del subjetivismo, dichos paradigmas parten de la separación objeto/sujeto y la asunción de la práctica como un fenómeno externo al conocimiento;

2. Desde el marco de esos paradigmas se aplica un triple reduccionismo:

- reducir la salud al aspecto "negativo" de la enfermedad y a lo individual;
- reducir la realidad en salud al plano único de los fenómenos empíricamente observables, sean estos cuantitativos o cualitativos;
- atribuir el movimiento de esa realidad a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado sea por leyes asociativas -como es el caso del positivismo- o por construcciones subjetivas. En una impresionante mayoría de proyectos y tesis de investigación de nuestros países se sigue acriticamente unos de estos dos paradigmas, con sus variantes.

La construcción predominante de la relación: "objeto / concepto / campo de intervención" de salud que utiliza la salud pública convencional, y que puede traducirse como el conjunto coherente "factor causal/paradigma de riesgo/acción funcionalista", no nos permite penetrar en la realidad para apoyar su transformación y, por el contrario, constituye una herramienta de mediatización y hegemonía.

Veamos esta lógica que aquí denunciamos. En efecto, primero la noción de "factor causal" que se utiliza es una forma de segmentar la realidad para oscurecerla; luego el paradigma de riesgo designa a esos factores como "riesgos" y establece que es el riesgo el que une a esos fragmentos; y finalmente, a la noción del objeto como factores, y al concepto de riesgo como explicación se articula la noción de "función social" como naturaleza esencial de la acción en salud. En otras palabras, la lógica funcionalista se construye así: unos factores de riesgo convertidos en variables pasan a integrar un modelo matemático formal, una o varias de esas variables adquieren un *peso* mayor en la explicación de la varianza de <y>, convirtiéndose inmediatamente en factores de alto riesgo, que por esa vía pasan a ser consideradas *causas* del problema; sobre esa base, toda la lógica de la acción se orienta a modificarlas como procesos aislados. Bajo ese tipo de construcción, queda por fuera la acción sobre los modos de la vida social y sobre los procesos generativos, ya que todo el esfuerzo se concentra sobre las variables que son los puntos altos del iceberg; la mirada se enfoca entonces sobre las manifestaciones visibles, factorizadas, de la realidad empírica. La investigación queda así reducida a un conjunto de procedimientos empíricos o, en el mejor de los casos, a una ciencia descriptiva reducida a la construcción de modelos de asociación y conjunción constante. Modelos muchas

veces muy sofisticados que trabajan con asociaciones reales, puesto que el hecho de que sean fenómenos empíricos no significa que no existan efectivamente. Pero con ese tipo de investigación estamos atados a la cosmética social y al funcionalismo.

En el campo de la salud durante todo este tiempo se ha impuesto aquella lógica, la cual contribuyó a hilvanar una estrategia basada en:

- la manipulación del "conocimiento como reflejo" en las mentes de élites escogidas;
- la interpretación de la "realidad como un objeto fragmentado" y cuyos pedazos convertimos en "variables" que las podemos conectar de manera lineal;
- la "acción como una actividad focalizada" en dichas variables, para provocar apenas cambios de forma parciales.(Breilh, 2003)

Podemos aseverar entonces que dicho paradigma científico se liga a una concepción política conservadora. El enfoque positivista, así como otras formas de pensamiento que fragmentan la realidad, han llevado a que el trabajo científico termine convirtiéndose, consciente o inconscientemente, en un instrumento funcional a la estructura de poder. Sólo a las clases dominantes interesa que miremos la realidad exclusivamente por sus partes, y que actuemos sólo sobre dichas partes; no conviene al poder que miremos la totalidad histórica y las raíces de los problemas de la salud, no le conviene a sus intereses, por ejemplo, que comprendamos los vínculos profundos que existen entre el sistema monopólico de propiedad y la distribución de modos y calidades de vida entre los diferentes grupos sociales, étnicos y de género.

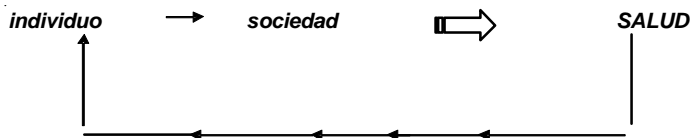
Por esto, proponemos los siguientes puntos como base de una discusión de los contenidos y proyecciones de una investigación alternativa en salud:

- trabajar las relaciones entre la determinación por procesos macro y micro sociales, sin absolutizar la determinación de la totalidad estructural, ni tampoco sobrevalorar el peso del microcosmos individual y cotidiano;
- incorporar la diversidad, pero sin perder de vista las formas de conexión, sobretodo ligadas a la estructura de propiedad y poder de nuestras sociedades;
- romper el rígido marco de las certezas y simplificaciones neopositivistas, pero sin perder de vista los momentos de regularidad y la operación de leyes, las que no se reducen a expresar conjunciones constantes como lo hace la "teoría del riesgo".

El avance en esos puntos implica una visión nítida y operacionalizable de la complejidad, para buscar un principio de explicación más rico que el de la simplificación (separación/reducción) pero bajo un replanteamiento que no caiga ni en la rigidez de ningún determinismo, ni en la ambigüedad y fragmentación insoluble del relativismo y del constructivismo culturalista en la salud, aspecto que trataremos en el punto que sigue.

La totalidad incierta como elemento de un paradigma renovado de salud pública: elementos que la constituyen

En sistemas de alta complejidad como los relacionados con la salud pública resultan difícil establecer donde está el todo a partir de las interrelaciones e interacciones entre individuo, sociedad, salud para alcanzar la salud pública. Se puede ver a la sociedad como un todo, y al individuo como una parte para la concreción de la salud pero también se puede concebir al individuo como sistema central y a la sociedad como su ecosistema o su placenta organizadora para lograr la salud. A decir verdad, no se podría decidir absolutamente, es decir, que es necesario, no solamente por prudencia sino por sentido de la complejidad, que estos términos finalicen el uno en el otro, remitan el uno al otro en un circuito que es el verdadero sistema:



Este sistema constituye una totalidad múltiple cuyos términos son al mismo tiempo concurrentes y antagonistas.

Ahora bien, en ciertos momentos, bajo ciertos ángulos, en ciertos casos, las partes pueden ser más ricas que la totalidad. No obstante, un holismo simplificador privilegia toda totalidad sobre sus elementos pero se sabe que no se debe privilegiar toda la totalidad sobre sus componentes.

En fin, no se debe privilegiar la totalidad de la totalidad.

“Parece incluso, como lo indica Spencer Brown (1969) que el poder reflexivo no puede efectuarse más que en una pequeña parte medio ligada del todo, por medio de la virtud y el vicio de su alejamiento, su distancia, su finitud con respecto a la totalidad... A partir de ahí se nos muestra de nuevo que el punto de vista de la totalidad sola es parcial y mutilante. Se nos muestra no solamente que “la totalidad es la novedad” sino que la verdad de la totalidad está dentro (o pasa por) la individualidad parcelaria. La idea de totalidad deviene mucha más bella y rica cuando deja de ser totalitaria, cuando se vuelve incapaz de encerrarse a sí misma cuando se vuelve compleja. Resplandece más en el policentrismo de las partes relativamente autónomas que en el globalismo del todo.” (Morin, 1999)

Así las cosas, a partir de la estimación de que él todo es incierto debido que muy difícilmente se lo puede aislar porque no se puede cerrar nunca un sistema entre los sistemas de sistemas a los cuales se está enlazando, y donde puede aparecer, como lo ha dicho Koestler, a la vez como todo y como parte de un todo mayor los elementos constitutivos que organizan el concepto de salud pública y unen la idea de interrelación (individuo, sociedad, salud) a la idea de sistema son tres:

- La consideración de que los modos de devenir de la salud pública se desarrollan mediante un conjunto de procesos.
- La determinación del riesgo como un proceso que tiene un modo de devenir definido.
- La pobreza entendida no solo como un mero atributo de un hogar o persona dando paso a una mirada que retoma los aportes de las teorías de estratificación social.

A continuación se describen cada uno de los elementos constitutivos:

a. Los modos de devenir de la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos.

El desafío central de la salud pública es tornarse en un instrumento de desarrollo humano y romper el molde empirista. Una tarea clave en esa dirección es mirar la salud como proceso, para lo cual es indispensable superar tanto la visión unidimensional como la visión fragmentada y estática de los factores de riesgo. La aproximación hacia la noción de salud pública tiene que ser mediante una visión que recupere la dimensión temporal histórica, que no es la simple secuencia de imágenes en varios tiempos.

Ahora bien, esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionantes sociales de cada espacio y tiempo, es decir de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan –condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro-. Entonces los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales e individuales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso se llama proceso protector o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna en un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, se denomina proceso destructivo (Breilh, 2003). Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y además puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelve el individuo y la colectividad correspondiente.

Los procesos activos se desarrollan en el seno de una formación social y enmarcada por las posibilidades reales de cada modo de vida y sus relaciones, pero se concretan en el movimiento preciso de un estilo de vida. No se trata de que haya procesos protectores y destructivos separadamente, sino de que en su desarrollo específico los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras o facetas y formas destructivas, según que su operación desencadene mecanismos de uno o de otro tipo en los genotipos o fenotipos humanos del grupo involucrado. La operación en uno u otro sentido puede tener, asimismo, carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o incluso intermitente, cuando haya momentos en que su proyección sea de una o de otra naturaleza. Los procesos según su importancia en la definición del carácter de la vida y su peso en el modo de vida correspondiente, pueden provocar alteraciones de mayor o menor significación en el desarrollo de la salud pública.

Así por ejemplo, el proceso de trabajo, afecta considerablemente el patrón de vida tiene un impacto considerable en la conformación del modo de vida, y cuando adquiere facetas o formas destructivas suele provocar cambios negativos profundos generando insalubridad, mientras que por otro lado, ese mismo proceso de trabajo, desencadena consecuencias protectoras importantes y eso, aún cuando se desarrolla bajo condiciones destructivas. Es decir que un proceso puede desencadenar eventos de los dos tipos simultáneamente. El proceso de trabajo nos sirve para ilustrar el carácter contradictorio de la vida social frente a la salud: en un caso hipotético, a la par que podría ser mal remunerado y estarse realizando bajo condiciones estresantes (facetas destructivas), al mismo tiempo contribuye como todo trabajo a la organización del tiempo, al aprendizaje, a la construcción de algún sentido para la vida, a la obtención de un valor de cambio de la fuerza de trabajo (facetas protectoras).

Cuáles facetas se expresan con más fuerzas o se hacen más ostensibles depende del modo de vida y de la lógica que opera en la formación individual y social correspondiente. Siempre existe ese movimiento de protección/destrucción en un grupo determinado, es decir siempre está en marcha los momentos de protección o destrucción de la reproducción social, pero el hecho de que estos se expresan en una u otra dirección en un grupo determinado y en un momento determinado depende del carácter o lógica bajo la que opera la reproducción social.

La investigación en salud pública debe destacar algunos de los procesos como de mayor importancia estratégica para la acción, sea en el sentido de evitar o contrarrestar los procesos o facetas destructivas (prevención) o sea en el sentido de fomentar los procesos o facetas protectoras (promoción de la salud). Esos procesos seleccionados por su importancia para la intervención y su capacidad de desencadenar consecuencias significativas y sustentables en el modo de vida, son los que Breilh denomina "procesos críticos". Como en toda contradicción, el hecho de que uno u otro polo no se haga notar o no sea empíricamente observable, no significa que no exista, sino que en ese momento de desarrollo está atenuado o dominado. Este tipo de constataciones las hacen los profesionales de la salud continuamente en el desarrollo de trabajos vinculados a problemas de consumo o también cuando se trata de procesos ecológicos. No hay que olvidar que a diferencia de la prevención etiológica (como en el caso de vacunaciones, educación preventiva individual) la prevención profunda no necesariamente actúa sobre personas sino sobre procesos, y si se cambia un proceso aunque no se haya visto una sola persona, se crean cambios e impactos de enormes trascendencia para la salud pública. La influencia de la lógica asistencial, hace que muchas veces se descuiden estas acciones de mayor trascendencia o se invisibilicen los aspectos más importantes de la salud, aquellos que tienen un impacto destructor o protector importantes, es decir aquellos que siendo determinantes claves de la salud, no son tomados en cuenta porque se mira la realidad en un solo plano y no se aprende a descubrir los procesos generativos que subyacen.

b. La determinación del riesgo como un proceso que tiene un modo de devenir definido.

Una de las más significativas contribuciones teóricas del estudio de la determinación la

ofreció Mario Bunge (1972). Él dedicó un ensayo a una crítica de la reducción al principio causal de las más frecuentes acepciones científicas sobre determinación. Si bien es cierto que dicho autor no parte de la misma perspectiva teórica y epistemológica que sustenta este documento y a pesar que autores como Almeida Filho (2000) han señalado la categoría determinación como una línea errada de búsqueda, se va insistir sobre ella porque para nosotros esto constituye un punto central del debate epistemológico.

Son tres las acepciones más frecuentes que se dan en la ciencia del concepto de determinación:

- Son procesos determinados los procesos definidos, con características definidas
- Son procesos determinados los que mantienen conexión constante y unívoca. Este es el uso más frecuente y está ligado a la noción de conexión necesaria.
- Son procesos determinados los que tienen un modo de devenir definido.

Las dos primeras acepciones son aceptadas desde una perspectiva indeterminista².

La segunda acepción esta estrechamente ligada al principio causal. Pero se tiene que reconocer que las conexiones constantes unívocas no son necesariamente causales. Basta citar como ilustración la propia obra de Bunge, que alude al ejemplo de la fórmula del incremento de la temperatura como causa de dilatación del metal para mostrar que las transcripciones matemáticas expresadas en una ley, generalmente, consideradas como expresión del principio causal no lo son.

La tercera acepción de determinación es la que más aporta para la explicación científica de la génesis de los procesos, y la que permite incorporar el principio aludido sin caer en el determinismo³; es decir la que posibilita relacionar el riesgo con un modo de devenir, forma (acto o proceso) en que el objeto salud adquiere o no las propiedades de salubridad e insalubridad. Las otras dos acepciones carecen del ingrediente esencial de la productividad y son vías para el determinismo.

“La determinación no tiene porqué verse limitada a realizarse tan solo mediante variaciones cuantitativas, como lo sostiene el determinismo mecanicista; ni tiene por qué producirse tan solo por compulsión externa, como lo pretende el determinismo causal; ni tampoco tiene porqué ser unívoca o bien definida, como lo afirman tanto el determinismo causal como el mecanicista. Todo lo que hace falta para sostener la determinación en sentido general es admitir la siguiente hipótesis: que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas) que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes” (Bunge, 1972).

² El indeterminismo sostiene que en los eventos humanos los precedentes no determinan los subsecuentes

³ Determinismo es la designación que se establece para la doctrina filosófica que sostiene que cualquier tipo de evento proviene directamente de una causa y que, dada la causa aceptada el evento deriva inmediatamente. Ese tipo de doctrina niega el papel determinante como la contingencia, la discontinuidad, y generalmente recurre a un monismo interpretativo en el que un solo tipo de causa explica todos los procesos.

Ahora bien, en este punto debería preguntarse si la determinación del riesgo es un modo de devenir, en qué medida conspira contra la posibilidad de tratar la realidad de la salud pública como compleja, como poseedora de momentos de incertidumbre, caracterizada por una pluridimensionalidad, definida en su devenir por muchos momentos de desarrollo de sistemas dinámicos irregulares y caóticos. En consecuencia, de esta manera la determinación del riesgo incorpora todas estas posibilidades pero sin que ninguna de ellas se asuma como principio absoluto.

En todo ese conjunto de movimientos, la causación ocupa un modesto lugar, aunque la visión empirista de la salud pública la adoptó como forma preeminente de construir sus relaciones y explicaciones.

La verdad es que toda interrogación filosófica trascendente, como la que se aborda en esta parte, es a la vez una pregunta práctica, pues se está refiriendo a conceptos o categorías que están relacionadas con innovaciones en metodologías para la asistencia técnica o con orientaciones de políticas, entre otras. Pero sobre todo, contribuyen a comprender el ser individual y colectivo. Sobre esto último se ha insistido que, "contrario a la noción positivista de que una pregunta es legítima si es que está lógicamente bien definida, es comprobable y es capaz de ser contestada en sus propios términos sin relación a su aplicación, desde la dialéctica se sostiene que es trascendente toda pregunta si es que lo que hacemos o sentimos es cambiado por la repuesta. (Levins y Lewontin, 1985).

La solución no radica en encontrar una gran y única generalización o regularidad que se pueda adscribir a la naturaleza humana o a todo fenómeno.

Todas las teorías generalizadoras se parecen en que postulan ideales comunes para toda la sociedad y localizan fuerzas causales en los individuos y las sociedades, enfrascándose en las falsas dicotomías: individual versus social o biológico versus ambiental. Desde la dialéctica, en cambio, se asumen las contradicciones que ocurren dentro y entre las sociedades como la fuerza de la historia humana, de tal manera que esa forma de heterogeneidad, en si misma, se convierte en el objeto de estudio. En segundo lugar la dialéctica no otorga características intrínsecas, inmanentes ni a los individuos ni a las sociedades, sino que enfatiza la interpenetración de las propiedades y fuerzas individuales y sociales.

Entonces desaparece la dicotomía entre dos polos falsos, el del biologicismo que sostiene la determinación última de la naturaleza biológica humana, así como el del historicismo, que sostiene que la historia escribe en la página en blanco de nuestra existencia, donde lo individual y lo biológico poco tendrían que hacer.

Por tanto, en todo proceso humano está jugando de manera permanente los movimientos: colectivo-individual; social-biológico; clase-familia; economía-cultura-biología; pasado-presente-futuro; pero ese movimiento no se da en el vacío sino en una trama histórica específica.

En todo proceso de la realidad hay un movimiento de determinación-indeterminación, hay un desarrollo de lo regular-irregular, de lo unitario-diverso, hay estabilidad-inestabilidad, una transformación permanente donde ninguno de esos polos del movimiento es absoluto, sino que se implican mutuamente.

Entonces en este documento se plantea la reconstrucción de toda racionalidad que mire el movimiento en sus dimensiones de unidad, de concatenación, de regularidad, de subsunción, una deconstrucción del determinismo hacia la determinación.

c. La pobreza entendida no solo como un mero atributo de un hogar o persona dando paso a una mirada que retoma los aportes de las teorías de estratificación social.

La pobreza entendida como un mero atributo de un hogar o persona ha dado paso a una mirada que retoma los aportes de la teoría de estratificación de clases. En estas nuevas miradas se busca que las nociones de vulnerabilidad, marginalidad y exclusión social se combinen con la noción de pobreza bajo un marco conceptual que permita entender no solo tal situación sino también los fenómenos más generales de movilidad social.

Durante la década de los noventa, el desarrollo del marco "activos-vulnerabilidad" o del *assetvulnerability-framework*, para expresarlo en su terminología original, se volvió una de las ideas más novedosas de la literatura que estudia el fenómeno de la pobreza en las sociedades contemporáneas y en particular, en los países de la periferia. En su concepción inicial, el nuevo marco estuvo orientado por el interés en demostrar las potencialidades de un abordaje acerca de los recursos que pueden movilizar los hogares o los individuos, sin circunscribirlo a la noción de capital en términos exclusivamente económicos o monetarios.

Los aspectos más positivos del nuevo enfoque provienen de seis fuentes:

1. El *assetvulnerability-framework* que recupera la larga tradición intelectual de los estudios de diversas disciplinas como la sociología, la antropología o la psicología social, para

ponerlos en un contexto de ideas dominadas por la preocupación con el diseño e instrumentación de políticas sociales (por ejemplo, de combate a la pobreza). Esta es, probablemente, la principal razón para comprender la buena acogida que tuvo el enfoque por parte de los sociólogos que vieron en el mismo una ruptura con el paradigma económico dominante.

2. El enfoque señala e identifica diferentes tipos de activos relevantes para el desempeño de los individuos en sociedad. Si bien entre los más conocidos y difundidos en la actualidad se cuenta la noción de "capital social", el nuevo marco es más inclusivo extendiéndose a cierto tipos de activos provenientes de atributos correspondientes al "capital físico y humano" que operan desde muy disímiles planos, como por ejemplo, desde la demografía o de los regímenes de *welfare*.

3. La consideración de los recursos multidimensionales de los hogares y sus estrategias ayudan a entender la persistencia de la pobreza en una misma generación, su transmisión intergeneracional y su eventual endurecimiento en formas de pobreza marginal o excluida. Además si al complejo "set" de recursos con que cuentan los hogares se agregan las formas en las cuales el Estado, el Mercado y la propia Comunidad distribuyen oportunidades, se accede a una comprensión que combina la dimensión macrosocial y microsocia.

4. La nueva visión amplía los instrumentos de acción (no monetarios) de la política social, ofreciendo vías alternativas o complementarias ahorradoras del gasto social. Es por esta razón que, probablemente, la buena acogida del enfoque se haya hecho extensiva también a los encargados del diseño y elaboración de políticas sociales.

5. La aplicabilidad del nuevo marco no se limita al estudio de la pobreza a pesar de que inicialmente haya sido pensado como un recurso analítico y conceptual para estudiar los sectores sociales más deprivados. El interés en examinar el portafolio de activos de que dispone un hogar o un individuo y asociarlo a la condición de vulnerable es susceptible de ser aplicado a múltiples configuraciones a lo largo del rango de la estratificación social.

6. El *asset-vulnerability-framework* abre la posibilidad de tender puentes entre los diferentes abordajes disciplinarios incorporándose al debate más general entre la teoría económica y las teorías desarrolladas desde otras ciencias sociales.

Consideraciones finales para la construcción de capacidades de salud pública a partir de los elementos constitutivos y las claves para una investigación responsable

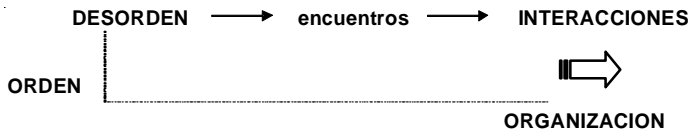
Analizar la salud pública dentro de los patrones más amplios de la sociedad, supone encontrar las causas de fondo o subyacentes y los mecanismos o procesos dinámicos que trasladan causas de fondo a condiciones inseguras (Wisner, 2001).

Las causas de fondo o causas subyacentes son procesos económicos, políticos y demográficos que afectan la partición de los recursos entre los diferentes grupos de personas y reflejan la distribución del poder (Rojas, 2004).

Por esto, planteamos que es necesario poner el énfasis en los elementos constitutivos como alternativa para ir hacia una deconstrucción de la salud pública distinta construida sobre la salud y sus determinantes basada en:

- una comprensión del modo de devenir (determinación, procesos generativos y sus relaciones);
- una concepción, articulada a la anterior de la prevención colectiva (opuesta a la etiológica-individual y ligada a servicios asistenciales) que se ocupe de contrarrestar los procesos destructivos sociales;
- una visión de promoción colectiva (que no es lo mismo que la promoción individual ligada a los servicios asistenciales) que se ocupa de fomentar los procesos protectores y favorecedores);
- una ética de la gestión que compromete un paradigma de gerencia social (necesariamente de formas participativas de administración popular basada en el marco activos-vulnerabilidad).

Es decir, la nueva salud pública debe estar esta dotada de generatividad, es decir de encuentros e interacciones entre sus elementos (individuo, sociedad, salud) en un espacio-tiempo, que permite concebir, con el necesario ingrediente del desorden, la constitución del orden, la transformación de seres y de existencias, los desarrollos diversificadores y complejizadores.



En fin, todo lo que es creación, como en el caso de esta nueva construcción no puede prescindir del desorden. El desorden es irreductible.

Parafraseando a Morin al igual que no se puede dissociar en el hombre su rostro de "homo demens de su rostro de homo sapiens", no se puede dissociar en el nuevo concepto de salud pública sus caracteres "dementes" (procesos destructores) de sus caracteres "sensatos" (procesos benefactores). Los primeros no necesitan de los segundos, pero los segundos necesitan siempre de los primeros; todo lo que se crea y se organiza, gasta y disipa.

"El universo es más shaskepearino que newtoniano. Lo que en el se representa es a la vez una bufonada sin nombre, un cuento de hadas, una tragedia desgarradora, y no sabemos cuál es el escenario final." (Morin, 1999).

Así las cosas, cada una de las cuestiones planteadas requiere del desarrollo de estudios que se basen, de acuerdo a lo expresado por Breilh, en las siguientes claves:

- Investigación como instrumento de Contrahegemonía

Es evidente que la vida nos reclama una investigación con los pies en la tierra que para nosotros significa la instauración de un proceso de construcción contrahegemónica, sustentable y conducida por las organizaciones políticas y sociales del pueblo, hacia una nueva forma de sociedad. "Esto no significa teñir de ideología a las células, los neurotransmisores y los músculos; se trata simplemente de superar las restricciones del pensamiento científico convencional, que está presente en la mayor parte de artículos y escritos que circulan en el "mainstream" de la bibliografía". (Breilh, 2002a)

Significa estar dispuestos a ser prácticos en un sentido emancipador, tenemos que estar dispuestos también a un trabajo teórico. La teoría vale, y debemos abrir puentes entre los escenarios académicos y técnicos, sin caer en el falso dilema de si los conocimientos teóricos deben servir para desentrañar la lógica histórica del sistema capitalista, o si por el contrario deben servir como prescripciones para la labor práctica. La teoría se aplica tanto para la comprensión de la estructura de reproducción del capitalismo, cuanto para entender los procesos generativos y el movimiento de la participación y organización colectiva, debemos conectar ambos para evitar una visión reduccionista de la investigación y la política.

- Distinción entre Inequidad y Desigualdad

Para impulsar la construcción de un mundo distinto no es suficiente con describir las profundas desigualdades sociales y de salud, sino que es indispensable poner al descubierto las raíces de esas desigualdades. La inequidad es la falta de equidad que surge como producto de la concentración de poder en unas clases sociales, o en ciertos grupos étnicos o en uno de los géneros; es decir, es la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad; por eso el estudio de la inequidad es un punto crucial para el análisis de los derechos humanos. La desigualdad, en cambio, es una expresión observable típica y grupal de la inequidad; expresa un contraste —de una característica

o medida— producida por la inequidad.

Si nos quedamos en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos que se provocan, en lugar de enfocar sus determinantes.

- De la Ética de la Práctica hacia Ética del Modo de Vida

La salud humana no depende solamente de los servicios de salud, sino que se moldea en todos aquellos otros espacios o escenarios, que contribuyen poderosamente para el estado de salud, tanto de las personas y sus familias como de los grupos sociales a los que pertenecen; el trabajo; la vida del consumidor; la vida cultural; la vida de organización y soportes colectivos; y las relaciones ecológicas.

Lo anterior nos obliga a ampliar el paradigma bioético e introducir en el campo del debate sobre bioética, el de las condiciones que afectan notablemente el campo de la salud poblacional, por ejemplo: el racismo, las desigualdades de género, el hambre, la miseria, la diseminación de drogas, las situaciones de abandono infantil y de los ancianos; la dimensión ética en la salud de la colectividad como lo dirían Berlinguer y Garrafa. Y para incorporar estas preocupaciones la bioética tiene que preocuparse de problemas como: derechos humanos, ciudadanía, libertad, participación, autonomía, igualdad y complejidad, equidad, calidad y excelencia, radicalidad y tolerancia. Asuntos todos estos que no se hacen visibles en la investigación convencional, ni alcanzan mayor importancia cuando la bioética se circunscribe a los temas que atañen la práctica del consultorio.

- De la Investigación Participativa a la Producción Intercultural del Saber: De la Gerencia del Conocimiento a la Planeación del Saber

Los avances de las ciencias administrativas aplicadas al desarrollo y las nuevas teorías sobre la gestión -y la gerencia como una de sus herramientas-, han determinado la creciente necesidad de discutir las articulaciones entre el esfuerzo social y la gerencia. (Breilh, 2002b)

El conocimiento es una herramienta social y como todo otro recurso de la vida está sometido a las contradicciones y presiones que chocan en una sociedad clasista e inequitativa. La planeación de una investigación alternativa, no puede desentenderse de esa conflictividad y tiene que diseñarse bajo plena conciencia de las presiones contrarias que operan en la actualidad sobre el conocimiento.

Nosotros tenemos que promover un conocimiento que contribuya a empoderar a los ciudadanos de las bases para construir una contrahegemonía en salud.

Ahora bien, el movimiento del conocimiento en una colectividad tiene varios momentos y espacios de realización. Desde el punto de vista que aquí nos ocupa, interesa destacar que la planeación del conocimiento incluye tanto la producción de conocimiento, cuanto la gestión del mismo. La producción del conocimiento a su vez involucra tanto el momento de generación del conocimiento (es el movimiento de génesis de productos del conocimiento, que incluye la elaboración de conceptos y la realización de un método, mediante la formulación de descripciones y explicaciones en un escenario práctico), cuanto el de reproducción del conocimiento. Si buscamos la generación y reproducción intercultural del conocimiento tenemos que implementar espacios y mecanismos para enlazar la gestión del conocimiento institucional con la gestión colectiva del saber.

Por otro lado, una gestión en la que converjan un pensamiento crítico sobre la gestión y una población organizada e informada adquieren un poder decisivo para transformar los problemas y para mantener un proceso de avance del conocimiento y del saber. Y la planeación del saber juega un papel clave tanto en la construcción de dicho pensamiento crítico, cuanto en el impulso de una participación informada.

Una gestión colectiva contrahegemonica sólo puede realizarse básicamente a través de tres mecanismos: la planeación estratégica; el monitoreo participativo de la colectividad sobre la salud y sus elementos; y el control social sobre la gestión. En todos esos momentos se requiere con urgencia una investigación alternativa.

- La Investigación basada en el Neohumanismo Popular
Este apartado se explica a través de las palabras de Kanoussi e Hidalgo:

“Un proyecto alternativo para la investigación latinoamericana presupone que los/las trabajadores/as de la ciencia nos reconozcamos como sujetos nuevos —el nuevo ser humano que soñó el Che—, situados en la globalidad de la vida de reproducción colectiva, que forma parte de la reproducción de la naturaleza. Esa característica humana de reinventarnos permanentemente, de ser críticos y de recrear la vida, se liga también a nuestra profunda tendencia a compadecernos por todos y por todo, sin egoísmos, y siempre soñando con un mundo solidario, emancipado de toda forma de concentración del poder. Es decir, necesitamos reafirmarnos precisamente en lo contrario de lo que persiguen quienes quieren dominarnos, convirtiéndonos a los investigadores en tecnócratas competitivos y sumisos al poder. Eso es lo que hemos denominado neohumanismo popular. Las tesis humanistas siempre estuvieron ligadas a las formas de ver y construir la cultura de los grupos emergentes, de los sin poder. El neohumanismo se recrea en los proyectos que luchan contra la inequidad, que buscan humanizar el modo de vida; se recrea en los municipios donde existen autoridades del pueblo; se reafirma en los proyectos de economía popular paralela; en las asambleas de barrios, se recrea en la lucha de los indígenas; en las conquistas de género; en definitiva, en todos esos espacios donde confluyen, como diría Gramsci, el movimiento organizado de las masas, pero atravesado por el pensamiento crítico, y el pensamiento crítico de los expertos, pero atravesado por la vida y las necesidades de las masas”. (Kanoussi, 2000)

“La ciencia debe trabajar para integrar los conocimientos y expresiones progresistas de las clases subordinadas, de los pueblos y nacionalidades postergadas y de los géneros subalternos, integrándose a la construcción de un bloque popular que facilite la construcción intercultural del saber. La democratización profunda de la sociedad requiere de un proceso simultáneo de democratización y descentralización del Estado, que se construye bajo interrelación con un proceso de construcción de poder económico, político y cultural de la sociedad civil. No estamos aquí pensando en esa versión inocua de sociedad civil, sino en la sociedad civil de los pobres” (Hidalgo, 2000).

Palabras finales

En definitiva, creemos que las cuestiones planteadas son las que deberíamos debatir los distintos centros cada vez que planteamos alternativas de intervención para dar cumplimiento a “los objetivos de desarrollo del milenio”.

El reto mayor de la investigación para la construcción de capacidades en salud pública será su renovación. Una renovación capaz de rescatar la capacidad crítica, cuestionar, identificar problemas, formular hipótesis que respeten la riqueza de su objeto. Ese esfuerzo deberá resultar en la construcción de nuevos modelos conceptuales y metodológicos basados en la expresión de los modos y estilos de vida, recuperando la dinámica de las interacciones sociales, fundamentando así las estrategias de intervención más adecuadas y efectivas.

Como dijo Jaime Breilh:

“... no debemos desmayar en nuestro ánimo, porque las fases conservadoras del Estado como la que atravesamos no son necesariamente épocas de estancamiento y anulación del espíritu innovador, pueden ser períodos creativos, de preparación y acumulación de un saber, de experiencias y organización contrahegemónicas.

Vamos a retomar el hilo conductor del pensamiento crítico para realizar una investigación que vibre con los mismos sueños, creaciones, alegrías y dolor, que hacen parte de la belleza indomable de nuestros pueblos”. (Breilh, 2002a)

Bibliografía

1. Almeida Filho, N. 2000. *La ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
2. Breilh, J. 1979. *Economía, Medicina y Política*. Quito. Ediciones de la Universidad Central de Ecuador. (1ª Ed.)
3. Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología Crítica: Hacia Un Paradigma Emancipador e Intercultural de la Ciencia y el Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
4. Breilh, Jaime. 2002a. Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. *II Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería: trayectoria tempo-espacial de la investigación*. Universidad de San Pablo. Brasil.
5. Breilh, Jaime. 2002b. De la Gerencia del Conocimiento a la Planeación del Saber. Ambato: Ponencia al *Seminario del GTZ Ecuador sobre Gestión y Productos del Conocimiento*.
6. Bunge, M. 1972. *Causalidad: El principio de Causalidad en la Ciencia Moderna*. Buenos Aires. Editorial Universitaria. (3ª Ed.).
7. Hidalgo, Francisco. 2000. *Alternativas al Neoliberalismo y Bloque Popular*. Cuenca: CINDES / U. de Cuenca / CETRI.
8. Kanoussi, Dora. 2000. *Una Introducción a los Cuadernos de la Cárcel*. Puebla: Plaza y Valdez.
9. Koestler, A. 1967. *The Ghost in the Machine*. London. Hutchinson
10. Latour, Bruno. 1999. *Pandora's Hope (Essays on the Reality of Science Studies)*. Cambridge: Harvard University Press.
11. Levins, R. y R. Lewontin. 1985. *The dialectical Biologist*. Cambridge. Harvard University Press.
12. McLaren, Peter. 1997. *Multiculturalismo Crítico*. São Paulo: Cortez Editora.
13. Morin, Edgar. 1996. *Ciência com Conciencia*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
14. Morin, E. 1999. *El Método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid. Cátedra. (traducido por Ana Sanchez en colaboración con Dora Sanchez Garcia)
15. Rojas, M. C. 2004. Lineamientos Teóricos para la estimación holística de la vulnerabilidad y el riesgo de la vivienda en la salud humana. Una revisión necesaria para la gestión de la vivienda saludable. *Cuaderno Urbano N°4. Espacio, Cultura, Sociedad*. Resistencia, Chaco. Publicación EUDENE.
16. Santos, Boaventura (1995). *Introdução a uma Ciência Pos-Moderna*. Porto: Ediciones Afrontamento (4ta. Ed.).
17. Spencer Brown, G. 1972. *Laws of Form*. New York. Bantam Books.
18. Walsh, Catherine; Schiwy, Freya; Castro-Gómez Santiago (2002). *Indisciplinar las Ciencias Sociales*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar-Ediciones Abya-Yala.
19. Wisner, B. 2001. *Vulnerability in Disaster Theory and Practice: From Soup to Taxonomy, Then to Analysis and Finally Tool* International Work - Conference on Vulnerability in disaster Theory and Practice. Netherlands. University of Wageningen.