

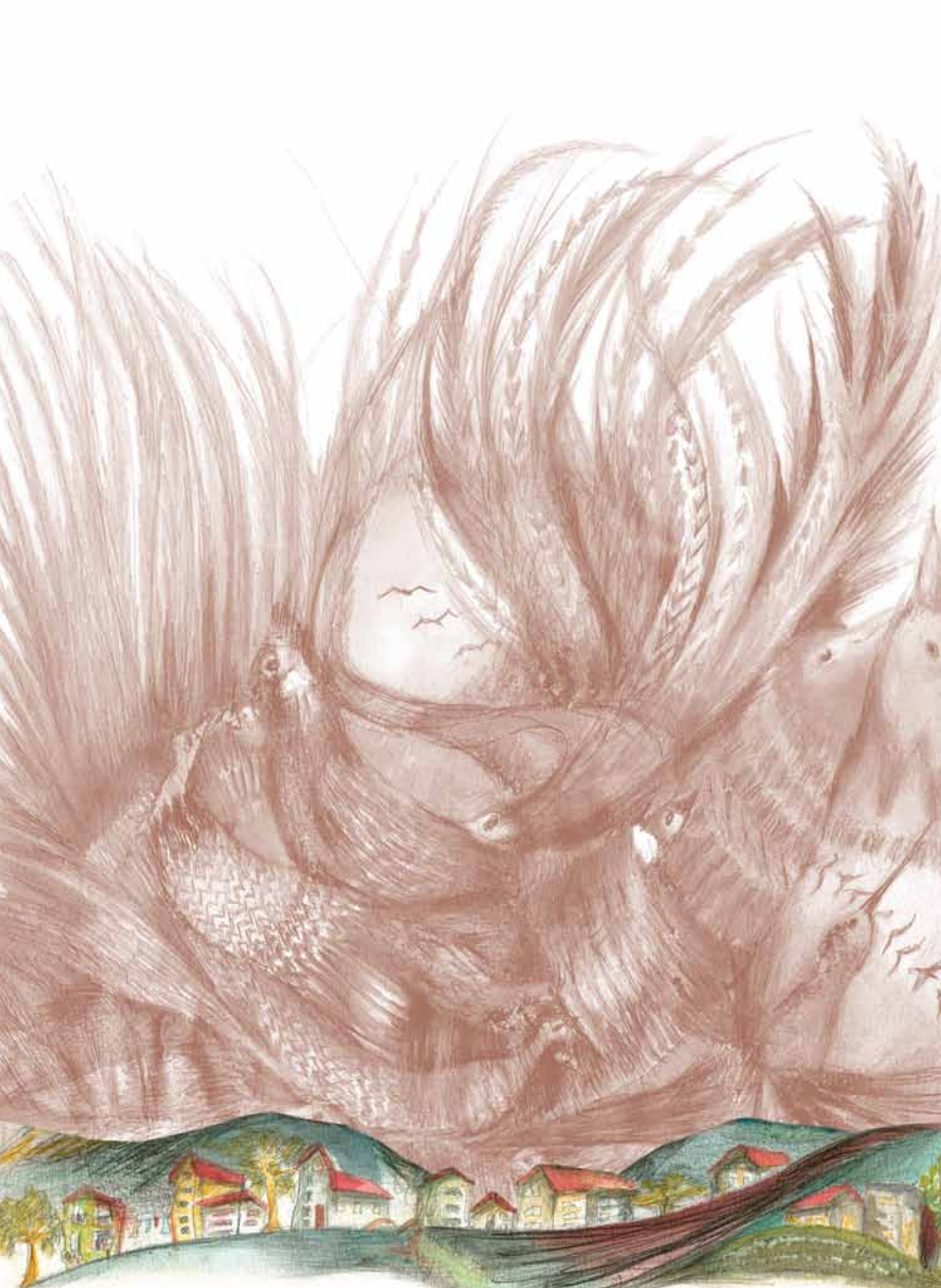
Edmundo Granda Ugalde

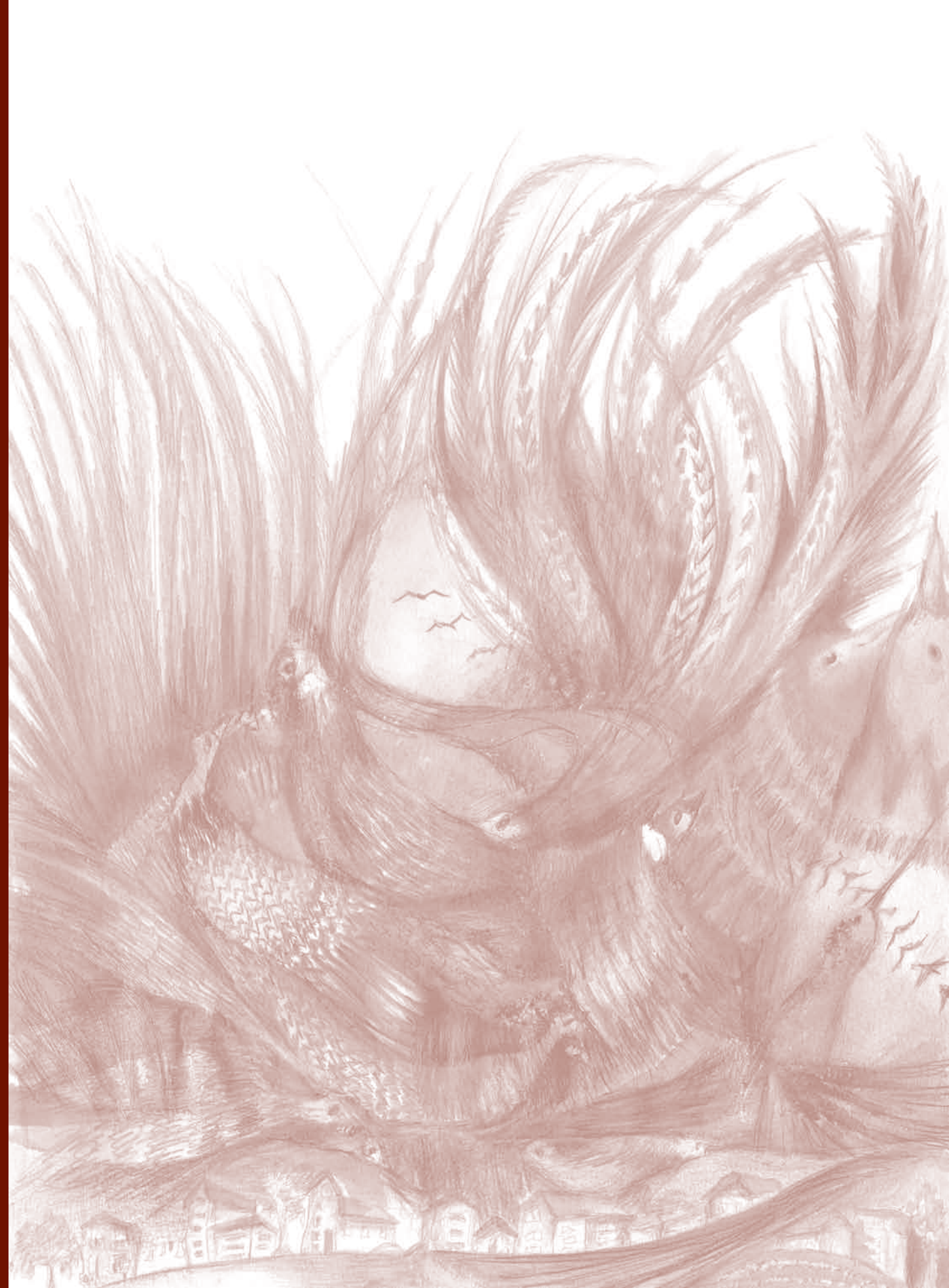
La salud y la vida

Varios autores

VOLUMEN 3







Edmundo Granda Ugalde

La salud y la vida

Varios autores

V O L U M E N 3

Quito, noviembre 2011

La salud y la vida

Edmundo Granda Ugalde

Varios autores

VOLUMEN 3

Quito, Ecuador

Primera edición: noviembre 2011

1.000 ejemplares

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

David Chiriboga, Ministro

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

Celia Riera, Representante Ecuador

Consejo Nacional de Salud del Ecuador - CONASA

Irina Almeida, Directora

Universidad de Cuenca

Fabián Carrasco, Rector

Universidad Nacional de Loja

Gustavo Villacís, Rector

Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES

Níla Heredia, Mario Rovere, Coordinación General

Editoras

Zaida Betancourt y Martha Rodríguez

COMITÉ EDITORIAL

Zaida Betancourt, Mauricio Torres, Hugo Noboa, Oscar Betancourt, Roberto Sempértegui, ALAMES

Martha Rodríguez, OPS/OMS

César Hermida, Universidad de Cuenca

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

Impresión: Imprenta Noción

Impreso en Ecuador

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

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

Índice

Presentación 9

Artículos

Políticas públicas saludables
Edmundo Granda 13

Nicaragua: revolución y salud
(Aporte de la defensa de un pueblo agredido por el imperialismo)
Edmundo Granda 23

¿Quo Vadis Salud Pública?
Edmundo Granda 41

Otra salud es posible
Roberto Passos Nogueira 65

Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública
Mauricio Torres-Tovar 77

La construcción de salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, aproximaciones iniciales
Zaida Victoria Betancourt Aragón 93

La salud – bien público concebido en lo “glocal”
David Acurio Páez 129

Investigación en salud pública: una propuesta alter(n)ativa
Ketty Vivanco Criollo, Rosa Rojas Flores 139

Encrucijadas y complicidades epistemológicas para pensar la salud
Mario Rovere 153

Edmundo Granda, educador
Margarita Velasco Abad 169

La influencia (política, estratégica y técnica) del pensamiento de Edmundo en la cooperación técnica de la OPS
Jorge Luis Prosperi 177

La salud como derecho humano y la salud integral de las mujeres: ¿mandatos aún invisibles?
Yolanda Arango Panezo 187

Abriendo caminos en salud pública, educación e interculturalidad. Una experiencia en Colombia
María Clara Quintero, Olga Patricia Torrado, María del Carmen Urrea 199

Los verbos esenciales de la salud pública
Saúl Franco A. 211

Encuentro de dos peregrinos. Edmundo y Miguel (1958-2008)
Miguel Márquez 235

María Isabel Rodríguez habla sobre Edmundo Granda
Fernando Borgia 247

Semblanza, Edmundo de la vida 257

Presentación

Con este tercer volumen de “Edmundo Granda Ugalde. La salud y la vida. Varios autores” cumplimos con el propósito original del Comité Editorial, de compilar y publicar su producción intelectual, y fomentar la lectura, análisis y recreación de su obra.

Este volumen, además de compilar algunos artículos de Edmundo, recoge un conjunto de voces de América Latina que han hecho un esfuerzo interpretativo de diversos tópicos del pensamiento de quien fuera, un maestro de la medicina social en la región.

De la producción de Edmundo Granda se expone el artículo “Políticas públicas saludables”, que brinda luces para avanzar en el desarrollo de acciones públicas emancipadoras, pues busca trascender el mercado de salud y el proteccionismo social, rutas por las cuales no es posible superar las inequidades sociales y sanitarias en los países latinoamericanos.

Se incluye el artículo “Nicaragua, revolución y salud” sobre la experiencia de construcción de una política de salud en el contexto revolucionario de la Nicaragua sandinista, que fue, sin lugar a dudas, un laboratorio donde confluyó en ese momento el pensamiento progresista de salud latinoamericano, para aportar solidariamente a la construcción de este sueño libertario.

En los volúmenes anteriores no se había incorporado el artículo “¿Quo Vadis Salud Pública?”, por considerar que sus ideas principales están en otros documentos de Edmundo. Sin embargo, se incluye en este volumen por ser un documento de alta referencia y que tiene la virtud de desencadenar diálogos en diversos escenarios presenciales y virtuales.

Luego de la presentación pública del segundo volumen de esta compilación de la obra de Edmundo Granda, que tuvo lugar en Bogotá en noviembre de 2009, en el marco del XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, el comité editorial hizo un llamado a más de un centenar de compañeras y compañeros latinoamericanos para que realizaran un ejercicio dialógico e interpretativo con el pensamiento de Edmundo, para configurar el tercer volumen de la serie. Afortunadamente se recibió material suficiente y de calidad, que permite entregar este tercer volumen:

- Otra salud es posible, Roberto Passos Nogueira
- Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública, Mauricio Torres-Tovar
- La construcción de salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, aproximaciones iniciales, Zaida Betancourt Aragón
- La salud - bien público concebido en lo “glocal”, David Acurio Páez
- Investigación en salud pública: una propuesta alter(n)ativa, Ketty Vivanco Criollo y Rosa Rojas Flores.

- Encrucijadas y complicidades epistemológicas para pensar la salud, Mario Rovere.
- Edmundo Granda, educador, Margarita Velasco Abad.
- La influencia (política, estratégica y técnica) del pensamiento de Edmundo en la cooperación técnica de la OPS, Jorge Luis Prosperi.
- La salud como derecho humano y la salud integral de las mujeres: ¿mandatos aún invisibles?, Yolanda Arango Panezo.
- Abriendo caminos en salud pública, educación e interculturalidad. Una experiencia en Colombia, María Clara Quintero, Olga Patricia Torrado y María del Carmen Urrea.
- Los verbos esenciales de la salud pública, Saúl Franco Agudelo.
- Encuentro de dos peregrinos: Edmundo y Miguel (1958-2008), Miguel Márquez.
- María Isabel Rodríguez habla sobre Edmundo Granda, Fernando Borgia.

Los artículos presentados, desde diversos enfoques y temáticas, dialogan, debaten, reflexionan, enfatizando la necesidad de seguir construyendo un quehacer sanitario que impulse “un movimiento de salud de la mano de diversos sujetos de salud y vida”, así como “volver” a las fuentes de la medicina social, a reconocer que debemos actuar sobre el complejo entramado de la determinación social de la salud, comprometiéndonos con la construcción de políticas públicas saludables.

Cabe destacar que la rupturas de Edmundo con el pensamiento determinista abrió puertas al entendimiento de la complejidad de la realidad en su temporalidad, diversidad y construcción permanente, lo cual es profundizado en este libro desde Argentina, Brasil, Colombia, Cuba. El Salvador, Panamá, Uruguay y por supuesto Ecuador.

Queda una amplia satisfacción por la “minga latinoamérica” que posibilitó que la palabra de Edmundo no deje de ser oída. Solamente la recreación de su pensamiento, el debate, la coincidencia y el disenso pueden permitir profundizar el diálogo con un compañero que perteneció a este tiempo y que vivió en la larga noche neoliberal, con la luz de los movimientos sociales que complejizan las demandas y explican los movimientos sur sur.

Agradecemos a los articulistas, al comité editorial y a los compañeros y compañeras salubristas de la patria grande -que no se nombran en este libro- y que estuvieron prestos para facilitar contactos, comentar artículos, realizar entrevistas. Siendo que la producción de Edmundo fue eminentemente para el hacer colectivo, no podíamos sino construir este libro con múltiples voces, muchas de ellas invisibles.

Estamos conscientes que su legado exige en un futuro próximo, mayor profundización para comprender desde la acción práctica sus mayores contribuciones, entre las cuales se destaca: a) su mandato de descentrar la enfermedad del quehacer de la salud pública, b) la complejización del pensamiento sanitarista, para emprender acciones más integrales desde el mundo de la vida, esto es con todos-as los seres vivos, c) la promoción de acciones articuladas e incluyentes que propicien procesos emancipatorios que desmercantilicen la enfermedad, la salud y la vida, y d) la actitud de servicio y afecto en todos los actos cotidianos vitales.

Esperamos que este esfuerzo editorial, recogido en los tres volúmenes de *La Salud y la Vida*, sea un contribución para no olvidar el legado de pensamiento y obra de un intelectual y militante de la salud colectiva-medicina social latinoamericana, que contribuya a que este pensamiento siga madurando y aportando en la construcción del quehacer sanitario desde la vida, con la participación de sujetos sociales, profundizando la democracia desde la salud y los procesos de emancipación social y sanitaria que requiere nuestra patria grande latinoamericana.

Quito, noviembre 2011

Ministerio de Salud Pública

Consejo Nacional de Salud

Universidad de Cuenca

Universidad de Loja

Asociación Latinoamericana de Medicina Social

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Representación Ecuador

Artículo 1

Políticas públicas saludables

Edmundo Granda¹

E¹ Dr. César Viera ha propuesto el siguiente ordenamiento para el abordaje de las políticas públicas saludables – PPS: sugiere analizar los conceptos, revisar los roles o papeles que deben cumplir las políticas públicas, estudiar los impactos y revisar los instrumentos. Por esta razón, la Representación de OPS/OMS en el Ecuador propone los siguientes elementos de reflexión:

Conceptos

Es de inmensa importancia la reflexión filosófico - teórica sobre la salud, la vida y el bienestar, temas que no han sido propios de los interesados en el campo de la “salud”, porque la preocupación ha estado centrada en la enfermedad. Es importante recordar que, desde la organización del pensamiento clínico² con Bichat y Morgagni, la salud y la vida dejaron de tener la importancia que tenía para la medicina de ese entonces y se dio paso al estudio de la enfermedad y la muerte. Bichat hace esta selección ante la gran posibilidad que ofrece el cadáver para explicar

los efectos de la enfermedad sobre los órganos, tejidos y células.

La ganancia en capacidad explicativa de las causas de la enfermedad y de la muerte empobrecen, en cambio, las potencialidades para interpretar la vida y la salud.

Por las razones antes indicadas, es posible sugerir que para estudiar las políticas saludables es necesario iniciar con una reflexión sobre la vida y la salud, antes de dar paso a la reflexión sobre las políticas³. los que trabajamos en salud tenemos una convicción fuerte de que alcanzaremos esa ansiada salud por descuento de la enfermedad, y para sustentar esta propuesta nos basamos en los grandes avances de la medicina clínica y de la salud pública, que siempre estuvieron sustentadas en el paradigma de la enfermedad.

Es obvio que la salud es ausencia de enfermedad, pero es posible alcanzar salud por el propio desarrollo de las fuerzas que la propician y no solo por descuento de enfermedad. Si no criticamos esa convicción, nos parece que es bastante difí-

- 1 Este documento fue trabajado en conjunto con el Ingeniero Diego Victoria, Representante de OPS/OMS en el Ecuador y la Licenciada Gloria Briceño, asesora en Promoción de la Salud, para la Reunión de Gerentes OPS/OMS, octubre 2001.
- 2 La clínica surge como ciencia positiva a finales del siglo XVIII. Anteriormente existían diversos tipos de medicinas no positivas que no integraban el método científico que ya se encontraba en vigencia en la física. La clínica logra por primera vez hacer una coherente propuesta sobre la enfermedad y sus causas con grandes posibilidades demostrativas, es decir, que sus hallazgos podían ser confirmados en otros sitios y en otros tiempos.
- 3 Esto es importante, porque para lograr una proyección ética, es indispensable imbricar el qué (vida-salud) con el cómo (política). Este procedimiento nos ayuda a superar aquel encuadre utilitarista que da un peso desmedido a los medios en detrimento de los fines u objetivos. Para nuestro modo de ver, los fines son los que deberían dar la direccionalidad fundamental, razón por la que requerimos entregar luz y claridad al concepto salud, que tiene serias nebulosidades entre nosotros.

cil avanzar en la constitución de nuevas teorías, métodos, técnicas y acciones para la promoción de la salud.

Lo anterior no hace únicamente relación a la salud, sino que también tiene que ver con la constitución del resto de ciencias humanas, las mismas que durante los últimos treinta años han vivido un proceso de crítica.

Por esta razón nos permitimos sugerir que se inicie el abordaje de las políticas por la reflexión “Salud: calidad de vida y bienestar”.

Una vez que asumimos la necesidad de reflexionar sobre la vida y la salud, nos parece que es fundamental entender que este binomio ocupa un espacio y tiempo distintos a los que ocupan la enfermedad y la muerte. Estas últimas aparecen como cuestiones dadas o producidas, mientras que la vida y salud se encuentran en el dándose. En otras palabras, es muy difícil para nosotros, los “enfermólogos”, comprender la salud, porque nosotros somos personas que entendemos los hechos como sustantivos o cuestiones congeladas o cristalizadas, pero tenemos mucho problema en entender los verbos, los movimientos, o los procesos.

La reflexión anterior nos conduce, entonces, a la necesidad de encontrar lógicas diferentes a las dominantes. Estos últimos cincuenta años han dado cuenta del nacimiento de nuevas lógicas que tratan de entender la temporalidad propia

de la salud y vida. Nos referimos a las lógicas recursivas⁴ que han sido levantadas por la biología teórica que estudia los procesos autopoieticos, o por la teoría física del caos, o por las ciencias sociales que estudian los procesos complejos. Al respecto, creemos que para el estudio de la vida y salud, los aportes que hace la Escuela de Santiago (Maturana, Varela y colaboradores), Von Glasersfeld, Fridjof Capra, constituyen importantes elementos que posibilitan comprender la salud no únicamente como descuento de enfermedad.

Las reflexiones anteriores posibilitan encontrar que la salud tiene realidad propia y que está profundamente imbricada con la vida. En otras palabras, la salud es una forma de andar por la vida, como nos diría Canguilhem, o una capacidad de romper las reglas existentes y crear nuevas, como sugiere el mismo autor, o la posibilidad de constantemente autoinventarse, como sugeriría la Escuela de Santiago con su concepto de autopoiesis.⁵

Las características anteriores obligan a la gente que está preocupada por la salud a no intervenir antes de interpretar, porque la salud siempre entrañaría características diversas, muy propias del momento de autopoiesis en que se encuentra el individuo o grupo que está construyendo su salud. En otras palabras, parece que es fundamental en este nuevo milenio tratar de comprender la realidad antes de intervenir sobre ella, porque las intervenciones basadas en una supuesta ciencia que conoce todo, está dejando

una deuda un tanto conflictiva y de difícil solución. Al respecto, los trabajos de Ulrich Beck y Antony Giddens son muy interesantes, porque proponen que deberíamos pasar a una nueva modernidad reflexiva.

Las políticas saludables tendrían, entonces, que partir desde la interpretación de las características siempre cambiantes de los seres vivos. Lo primero que debería hacer una política saludable es comprender cómo se da la autopoiesis de esos procesos vitales.

Ahora bien, cuando las políticas saludables hacen referencia a la vida humana, aparecerían algunas características muy importantes y especiales:

- La doble realidad biológica y cultural de la vida humana obliga a que las políticas saludables tengan algunas características “invariantes” o reversibles y de más fácil predicción, propias del desarrollo filogenético y ontogenético de la especie humana; pero también tendrá características totalmente “variantes” o reversibles y de difícil predicción, propias de la realidad cultural del grupo humano y del comportamiento individual.
- En base al punto anterior, toda política saludable es biopolítica y tiene como fin promover y proteger el desarrollo biológico de la especie, pero en el caso específico humano también es social, en la medida en que tiene necesariamente que interpretar la realidad cultural que posibilita al grupo construir sus formas de vida y de salud. La vida humana tiene esa conflictiva y compleja realidad de vivir y crear dos mundos: un mundo biológico y un mundo cultural, que en muchas ocasiones entran en conflicto.
- Las políticas saludables tradicionales entregaron gran peso e importancia a la realidad biológica invariante y consideraron que era posible establecer una política de salud humana al margen de las características sociales variantes del ser humano. Por esto las políticas de salud tradicionales tienen un

carácter tan interventor y solamente basado en evidencias científicas.

- Al reconocer la realidad cultural en la construcción humana de la vida, es mandatorio para el pensamiento sobre políticas saludables partir desde la interpretación de dicha realidad cultural con el grupo humano al que se intenta llegar. En otras palabras, la política saludable entraña un proceso de construcción de saber mutuo, con la participación de la ciencia y la cultura, donde la cultura establecerá las características del bien común, mientras que la ciencia aportará con sus “verdades” demostrables y universales: *“los seres humanos proponen los fines y la ciencia es nada mas que un medio”*, nos dice Prigogine.
- Al ser las políticas saludables un intento de construcción de un bien común y verdadero, las políticas saludables siempre son políticas públicas, en la medida en que lo público constituye una propuesta de bien común. En otras palabras, parece que no puede haber políticas saludables no públicas.
- Si se toman en consideración las reflexiones anteriores, es entonces posible ensayar una definición sobre políticas públicas saludables como todo pensamiento y acción que impulsa el desarrollo de la vida en cuanto bien común y verdadero (si la verdad se concibe como ciencia, es obvio considerar que esta definición trae conflicto y tensión implícitos no eliminables, propios de los dilemas de los que nos habla Fernando Lolas).

Rol de las políticas públicas saludables (PPS) en la reducción de la inequidad

Para abordar el rol de las políticas públicas saludables, se debe comprender la forma en que las PPS actúan a nivel local y sobre los “determinantes”. Pero también es posible, en el nivel de abstracción en el que nos hallamos, intentar comprender cómo las políticas públicas actúan a nivel de la acción social y a nivel de las estructuras, sobre todo en este momento, en el que se han producido grandes avances en el campo de las ciencias sociales. En efecto, las ciencias

4 La lógica dominante ha sido una lógica instrumental que busca comprender cómo los efectos son producidos por una causa (lógica causal), o cómo un medio conduce a un fin (finalista), o cómo un hecho existe en función a una norma (funcionalista). Otras lógicas aparecieron en el siglo XIX, como por ejemplo la lógica dialéctica, pero en estos últimos tiempos se han forjado nuevas propuestas lógicas que intentan explicar la forma en que ocurren los procesos autonómicos, como por ejemplo la vida en su constante autogeneración. Estas lógicas son conocidas como lógicas recursivas: por ejemplo, el vivir produce vida y la vida producida posibilita vivir.

5 Autopoiesis quiere decir “auto-inventarse”. Los seres vivos se caracterizarían por esa capacidad de producir vida, al mismo tiempo producir los “instrumentos” (órganos, tejidos, células) que generan la vida, y constantemente cambiar en ese autoproducirse.

sociales han comenzado a dar una importancia muy grande a la acción social en cuanto actividad humana, categoría que no tuvo mucho peso en el pensamiento social anterior, el cual entregó mucho peso a la estructura o al sistema.

Las ciencias sociales y políticas convencionales consideraron que el mundo social (la acción social) sería redimido por las normas estatales y los recursos fundamentados en la razón científica (estructura) y que todo pensamiento o acción que no respondiera a la norma y a la razón sería barrido por la historia. Esta predicción resultó un tanto equivocada. El experimento del socialismo real así lo confirmó.

Similar pensamiento dominó a la salud pública del siglo XX, según el cual la salud la alcanzaríamos a través del cumplimiento de las normas fundamentadas en la ciencia positiva que mueve recursos tecnológicos. Aquella propuesta, a pesar de los grandes logros, parece que también es un tanto unilateral, ya que, como se ha dicho anteriormente, esto nos condujo a un pensamiento fundamentado en la enfermedad y a una intervención basada en una ciencia que supuestamente sabe todo y que no requiere de interpretación previa del cambiante mundo humano. Si sustentamos que las políticas humanas saludables son pensamientos y acciones que impulsan el desarrollo de la vida en cuanto bien común y verdadero, tanto los pensamientos cuanto las prácticas jugarían un papel fundamental en la acción social y en la estructura.

El rescate por parte de las políticas públicas saludables del bien común en tanto creación de la acción individual y social, requiere interpretar el mundo de la vida como espacio donde el ser humano:

- Construye aquello que sustenta como verdadero.
- Engendra los planteamientos éticos que le posibilitan construir su socialidad.
- Constituye sus veracidades, fundamentos de la personalidad.

- Organiza las prácticas cotidianas.
- Forja relaciones de poder con sus congéneres y con el mundo que le rodea.

Las políticas públicas saludables requieren, entonces, interpretar la acción social en su integralidad. Solo así se podrá:

- Realizar una buena “lectura” de las necesidades sociales.
- Fortalecer las propias acciones sociales que apoyan los literales anteriores.
- Traducir los requerimientos de mediación o cuidado sobre la salud.
- Movilizar adecuadamente los conocimientos, normas y recursos (estructura) existentes y crear otros capaces de responder a las necesidades diagnosticadas.
- Re-regular el aparato del Estado con miras a forjar un Estado democrático y promotor de salud.

Los puntos anteriores obligan a tomar en consideración algunos aspectos fundamentales:

- La “lectura” mencionada solo puede producirse si la aproximación a los actores se da desde métodos interpretativos no tradicionales. La hermenéutica, la fenomenología, la filosofía del lenguaje y otras metodologías apoyan en este empeño.
- El fortalecimiento del accionar social en salud podrá darse siempre cuando puedan compatibilizarse las PPS con la cultura, etnicidad, personalidad, prácticas y poderes sociales. En esa medida, las políticas públicas saludables rescatan las realidades y valores del mundo de la vida de las colectividades como bases fundamentales para la propia acción comunitaria en salud y como puente fundamental para la organización de las respuestas estatales en salud.
- Las políticas públicas saludables reconocen que la posibilidad de la acción en salud ocurre siempre y cuando se pueda crear un saber mutuo sobre salud entre la colectividad y los actores. Las PPS reconocen que la

salud se halla fundamentada en las formas de organización social de la vida (autopoiesis colectiva) y que la técnica puede apoyar dicha dinámica vital, pero la técnica en sí no es saludable. Las PPS, al así obrar, conciben que la acción en salud es una acción sapiente, donde obra el saber y querer colectivo conjuntamente con el apoyo de la ciencia, normas y recursos. En otras palabras, las PPS establecerían que es fundamental que la población proponga los fines, mientras que la intervención de los recursos, ciencia y normas sean nada más que medios.

Las PPS, entonces, son en sí saludables, al interpretar la vida, apoyar su desarrollo y buscar que la propia vida marque el camino de la acción individual y colectiva. Las PPS no se centran solo en los medios exteriores para lograr salud, sino que concentran su interés sobre las potencialidades internas de las colectividades; no dan mucho énfasis a la intervención sobre la población, sino a la comprensión y cuidado de su autodesarrollo. De esta manera, las PPS analizan e impulsan las relaciones del ser humano con sus ámbitos de consumo y producción. En el ámbito de consumo, estudian y buscan el cambio de las relaciones de: a) consumo simple: alimentación, vivienda, vestido, recreación; b) consumo ampliado: consumo del arte y la ciencia; c) formas de trabajo; d) relación con la naturaleza física, biológica y social.

Las PPS no solo juegan un rol a nivel de la acción social, sino que también intervienen sobre la estructura o sistema. Al centrar su preocupación en fortalecer la naturaleza saludable de la acción, buscan además traducir las necesidades del mundo de la vida en respuestas adecuadas, movilizar recursos y re-regular el Estado. Analicemos estos elementos.

La labor de traducción de las necesidades humanas en normas y recursos estructurales que deben cumplir las PPS, es de naturaleza

diferente a la que jugaron las tradicionales políticas de salud. En la definición de las políticas de salud han jugado tradicionalmente, como determinantes fundamentales, tres fuerzas: a) el poder del conocimiento b) el poder administrativo (mundo de las cosas y del dinero) y c) el poder político (voluntades). Las PPS intentan forjar fuerzas un tanto diferentes que puedan también jugar un papel distinto a nivel del Estado y de la sociedad civil.

Las PPS intentan crear un poder técnico distinto. En la medida en que proponen abogar por una conceptualización diferente de la salud, pretenden crear propuestas metodológicas y técnicas consecuentes, que puedan criticar y al mismo tiempo complementar los conocimientos, métodos y técnicas tradicionales utilizados por las ciencias de la “salud” dominantes.

Las PPS deben crear un poder administrativo diferente, mediante la forja de teorías administrativas que comprendan y realcen lo diverso y posibiliten la introducción del poder de los propios actores en el diagnóstico y elaboración de las respuestas administrativas.

Las PPS deben configurar un poder político diverso, donde el mundo de la vida se imbrique con el mundo del sistema y donde el mundo sistémico no colonice al mundo de la vida, de la manera como ha venido haciendo.

La creación o dinamización de unos poderes técnico, administrativo y político distintos posibilitaría, a su vez, dinamizar y cambiar la manera en que se movilizan los recursos, movilización que debería responder en parte a la propia lógica de los recursos, pero que recibe la dirección de los poderes humanizados y fortalecidos, con lo cual estaríamos hablando de una movilización con miras al cuidado (ver Heidegger: El ser y el tiempo). El fortalecimiento de los mencionados pode-

res posibilitará revisar y crear leyes y reglas constructoras de salud y vida a nivel del aparato estatal, donde es fundamental establecer una ampliación del campo de visión y acción, a través de acciones interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales.

Las PPS buscarían, por otro lado, respuestas del Estado forjadoras de la equidad, con el fin de que éste pueda producir efectos distintos ante necesidades diversas y logre disminuir las diferencias injustas y evitables. Si no se parte de una conceptualización de que la salud es una forma de caminar por la vida, no es posible disponer de respuestas diferenciales ante formas de vida distintas que conducen a niveles de salud también variables. Las PPS, al haber partido desde la comprensión de la vida y la salud, se aproximan en mejor forma a la producción de respuestas constructoras de equidad.

Impacto de las políticas públicas saludables en el sector salud

En el acápite anterior hemos establecido el rol que podrían jugar las PPS sobre la acción social y sobre la estructura. En esta parte parece que es importante considerar el papel que podrían cumplir las PPS a nivel del sector salud, en los otros sectores y en los municipios. El planteamiento invita a salir del nivel de abstracción en el que nos hemos movido para tratar de analizar el Estado en su conformación por sectores.

Si reflexionamos por un momento, nuestro sector de la “salud” se halla delimitado por las responsabilidades y funciones que cumplimos con relación a la enfermedad. Basta recordar que más del 90% del presupuesto está dedicado a la enfermedad: atención médica en hospitales y ambulatorios. Muy pequeña cantidad de recursos se dedican a la promoción de la salud. En otras palabras, el sector “salud” es el sector de la “enfermedad”. El verdadero sector salud es virtual y se encuentra “regado” en los diferentes

sectores sociales y económicos del Estado. Por ejemplo, el sector de bienestar social, es parte del sector virtual salud; la educación, que en cierta medida hace parte del sector virtual salud; igual que el sector trabajo, y, por qué no, el sector económico.

La reflexión que hemos llevado a cabo sobre las PPS es una reflexión que intenta partir desde la salud en tanto expresión de vida individual y social. En esa medida, las PPS irrespetan sectores ya constituidos y reclaman un espacio para el ejercicio del cuidado a la salud. Las PPS tienen que jugar un papel importante en el sector “enfermedad”, obligándole a ver otros contenidos que habían sido dejados de lado en su constitución, originar cambios importantes en los conocimientos, normas, recursos del sector (estructura) y también podría obrar sobre el cambio de las formas del mismo. Deberá, por otro lado, obrar sobre el “sector virtual salud” que, como hemos dicho, se halla “regado” en los otros sectores, obligándolo a adquirir una “realidad más real”.

En lo que hace relación a los servicios de salud, éstos podrían ser ampliamente reorientados a través de la visualización de la vida y no solo de la enfermedad. En esa medida, las PPS valorarían la tecnología frente a la vida: la cultura institucional frente a la vida; los derechos del paciente; la ética y la vida; los entornos y la vida, en una aproximación más allá de los determinantes técnicos.

Para lograr una paulatina transformación desde un sector “enfermedad” hacia un sector salud, es importante establecer un peso mayor de las políticas públicas saludables dentro del concierto de políticas de “salud” existentes en nuestros Ministerios de Salud. Para que aquello ocurra, deberán crearse los mecanismos adecuados para que puedan surgir actores o sujetos por la salud que actualmente son muy débiles o inexistentes, es decir que es necesario pasar a conformar “Públicos por la Salud”.

El sector “enfermedad” tiene sus actores, que luchan por su existencia y ampliación, siendo uno de los actores más importantes, el complejo médico - industrial - medicamentoso. Es posible pensar que el fortalecimiento de las PPS a nivel de los Ministerios de Salud se encuentra en el empuje que podrían dar las nuevas identidades o nuevos movimientos sociales que proponen defender la salud como parte de la conformación de sus propósitos. El movimiento ecologista ha jugado un papel importante en la conformación de “políticas públicas saludables para la naturaleza”; las mujeres han luchado por la conformación de PPS relacionadas con la salud del género y la no violencia intrafamiliar; los movimientos étnicos han cumplido un importante papel en la recuperación de medicinas ancestrales más centradas en la salud que en la enfermedad, los municipios y poderes locales han conducido propuestas que intentan dar cuenta de la salud de los habitantes de sus territorios.

Si los actores fundamentales de la PPS se encuentran por fuera del sector “enfermedad” y afincados en la sociedad civil, es fundamental reflexionar sobre los necesarios cambios a nivel del poder administrativo existente los servicios, de los que habíamos hablado antes, con el fin de acoger la influencia de estas fuerzas sociales para apoyar la ampliación del horizonte de visión y acción de este sector. Pero las fuerzas del cambio no se encuentran solamente en los poderes políticos externos al sector “enfermedad” sino que también existen en tanto poderes de nuevo conocimiento sobre la salud que deben ser importados por parte del sector “enfermedad”. La reflexión sobre la salud y la creación de propuestas metodológicas e instrumentos técnicos para dar cuenta de la salud y las PPS son de urgente necesidad.

A más de las fuerzas políticas, técnicas y administrativas abordadas, es importante reconocer que vivimos una época de grandes cambios en todos los rubros de la vida social, los mismos que podrían apoyar el fortalecimiento de PPS. Nos referimos a esa corriente libertaria que pro-

pugna el reconocimiento de la autonomía y la subjetividad, que alimenta pensamientos centrados en lo autopoietico. La descentralización y el concomitante reclamo de una atención a la salud más relacionada con lo local. El reconocimiento de la importancia del “cliente” como propulsor de su propia salud. En otras palabras, vivimos un momento en que las PPS podrían ser impulsadas, y a su vez lo que ocurre podría ser dirigido para fortalecer las PPS, con miras a producir grandes cambios en el sector “enfermedad”.

Las PPS también podrían impactar importantemente sobre los otros sectores al brindar elementos de relación de su quehacer con el avance humano. Todos los sectores, ya sean sociales o económicos, supuestamente desarrollan su acción para beneficio de su población. La conformación de un sólido conjunto de políticas públicas saludables podría crear un punto de referencia de importancia para el quehacer de todos los sectores.

Las PPS tienen una posibilidad muy grande de transformarse en puntos de referencia de los otros sectores, toda vez que la vida y la salud tienen una amplia fuerza de convocatoria. Al fin y al cabo, la cotidianidad está relacionada con la vida y la salud, mientras que la enfermedad y la muerte constituyen accidentes o momentos. Por otro lado, la vida y la salud no han sido tan medicalizadas o “disciplinadas” como es la enfermedad, cuyo tratamiento constituye responsabilidad de elites científico-técnicas. La salud, en cambio, pertenece al mundo de la vida, es vivida por legos y tratada por múltiples profesiones: la abordan los antropólogos, los sociólogos, los curas, las amas de casa, las abuelas.

Instrumentos de las políticas públicas saludables

Al definir las políticas públicas como “todo pensamiento y acción que impulsa el desarrollo de la vida en cuanto bien común y verdadero”, es ob-

vio que requerimos de una serie de instrumentos que posibiliten su construcción y ejercicio. Por otro lado, al haberse ubicado la fuerza principal de la salud en las potencialidades de vida autónoma y solidaria, es lógico considerar que la fuerza más grande para la definición y desarrollo de las PPS se encuentra radicada en la propia población y en su capacidad participativa.

La población debe participar en la definición de las políticas por las razones que habíamos explicado anteriormente: la característica siempre diversa del proceso bio-humano y el carácter activo y consciente de la construcción social de su salud. En esa medida, la posibilidad de interpretar la vida y salud, solamente puede concretarse a través de aquella investigación que posibilita la construcción de un saber mutuo, realizada conjuntamente entre la población y sus instituciones.

Es entonces fundamental establecer que la participación social debe darse desde el propio proceso de investigación y definición de las políticas; no se diga en el proceso de implementación, seguimiento y evaluación.

Al ser la participación un eje fundamental para la definición de las políticas para su implementación y control, las PPS deben buscar el empoderamiento de la población en este campo, para lo cual uno de los instrumentos fundamentales es la educación, en su calidad de proceso que apoya el cambio de las formas de convivencia de la población. Si la salud es una forma de andar en la vida, puede mejorarse en la medida en que se cambien las formas de convivencia, y aquello no se puede dar sino solamente a través del aprendizaje de las mismas.

La comunicación social cumple, por otro lado, un papel importante en la ampliación y fortalecimiento del proceso de aprendizaje de nuevas formas de convivencia, empoderamiento de la población y participación en la definición y construcción de las PPS, pero un aspecto fundamental constituye aquel proceso de cambio de las normas estructurales y procedimentales que viabilicen el desarrollo de las PPS; los avances en la acción social deben necesariamente acompañarse de transformaciones normativas y de recursos (estructura).

Las PPS son políticas dinámicas, políticas “con vida”, que requieren la constante alimentación de la población para su supervivencia y desarrollo. En esa medida, este tipo de política necesita constante control social y el rendimiento de cuentas por parte del sistema responsable de implementarlas.

Las PPS tienen su impacto, pero este es un tanto diferente de otras políticas, ya que intentan medir los efectos positivos que expresan la salud, tales como convivencia ciudadana, construcción de ambientes y comportamientos solidarios y seguros, etc.

Las PPS requieren acumular evidencias que posibiliten su aplicación en distintos ámbitos y tiempos, pero las evidencias son obviamente valórico - científicas, es decir, hablan de los valores verdaderos o verdades buenas.

Muchos otros aspectos son de importancia pero no han sido abordados para este documento, en tal sentido se espera el debate propuesto por el Dr. César Viera.

Artículo 2

Nicaragua: revolución y salud¹

(Aporte a la defensa de un pueblo agredido por el imperialismo)

Edmundo Granda

Presentación

Más allá del pragmatismo de los tecnócratas y de la deformada óptica mercantil de la medicina lucrativa, la lucha de los pueblos por la salud y la vida cobra las más diversas formas.

La revolución social opera como un vasto y profundo instrumento de salud, proceso que ha ratificado la afirmación histórica de la política como medicina a gran escala. Por las mismas razones que la revolución produce la emancipación económica y la desenajenación político-ideológica, desencadena también hondas modificaciones en las potencialidades del bienestar, vida y salud. Revolución, salud y sobrevida son procesos estrechamente enlazados, del mismo modo que la explotación económica, la dominación política y la coerción ideológica, se alimentan mutuamente con la enfermedad y la muerte.

Este documento fue realizado como un homenaje a la inmensa tarea de rescate de la vida que lleva adelante Nicaragua y que cumple en estos días su octavo aniversario, y como una expresión de rechazo al ejercicio destructivo de la fuerza imperialista que pretende obstruir las conquistas que, como la de la salud, Nicaragua ofrece a los países hermanos como testimonio de lucha y esperanza de libertad para los pueblos sometidos de América y el mundo.

El poder popular y la ampliación del horizonte de la ciencia

El arte y la ciencia se alimentan de la realidad social. A través de la pintura, Genero Lugo² rescata, de entre los escombros de la agresión, el éxtasis del amor existente en esta Nicaragua “*tan violentamente dulce*”³, mientras que el Comandante Morales Avilés expresa poéticamente la contradictoria unidad del dolor-amor en que viven él, su pueblo y Doris María-camarada en la búsqueda de la liberación⁴. La guitarra de Mejía Godoy se torna fusil y dispara consignas musicales⁵. La pintura, la literatura-poesía y la música se renuevan, crecen, cambian, tratan de dar cuenta, mediante la estética, de una Nicaragua que se transforma, que busca forjar al hombre nuevo, al hombre revolucionario para revolucionar la vida. Viejos y nuevos artistas descubren, a través de notas musicales, colores, formas escultóricas y letras, esa nueva realidad de Nicaragua y, construyen a su vez, la realidad sandinista del contemporáneo arte de este país.

La ciencia también se sitúa en esta encrucijada. Los objetos científicos se conforman y delimitan en el fragor de la lucha. El Frente Sandinista produce nuevas realidades que deben ser registradas en el quehacer teórico-práctico. La revolución posibilita la ampliación del horizonte de visibilidad de la ciencia porque, como lo diría el

1 Trabajo realizado por Edmundo Granda y un colectivo nicaragüense, en el marco del proyecto nicaragüense de salud perinatal, CEAS, julio, 1987
2 Lugo, G. Transmutación (pintura), Managua, 1986.
3 Cortázar, J. *Nicaragua tan violentamente dulce*. Edit. Nueva Nicaragua. Managua, 1985.
4 Morales Avilés, R. *Prosa política y poemas*. Edit. Nueva Nicaragua. Managua, 1985.
5 Mejía Godoy, E. Guitarra armada. (Música), San José, 1978

comandante Borge, “*el infinito proceso de desarrollo de la ciencia coincide con el punto de vista de los revolucionarios que es el proceso de desarrollo infinito de los hombres*”⁶.

Se plantea para los hombres de ciencia de Nicaragua desarrollar su creatividad para reflejar subjetivamente la intrincada realidad objetiva. Constituye para los trabajadores científicos un reto de similar naturaleza al que se propone para los artistas. En efecto, Álvaro Gutiérrez⁷ en el uso de los colores logra, con su pincel, plasmar en el lienzo aquella mirada serena y llena de esperanza en el futuro de su gente. Parece como que el mensaje que transmite consiste en la proyección, en la continuación en el tiempo histórico, de las posibilidades revolucionarias. ¿Utiliza las mismas técnicas o son éstas diferentes? Lo que importa es que la pintura denota distintos contenidos y propone nuevas acciones. La revolución crea el futuro, reconstituye la dialéctica del tiempo, abre horizontes desconocidos, restablece la humanidad, es dialéctica, es búsqueda de horizontes más amplios para la realización del ser humano, y aquí radica el cometido del investigador en la revolución; es decir, encontrar la identidad entre ciencia y revolución, descubrir cómo la revolución es desarrollo de la ciencia, y la ciencia vivificación de la revolución.

En el plano específico de las ciencias de la salud, los investigadores se ven en el compromiso de encontrar el sendero para lograr la comprensión de los nuevos aportes brindados por el proceso revolucionario para la consecución de la salud colectiva y, al mismo tiempo, emprender en la búsqueda de medios para impulsar el logro de la salud como una parte integrante de la construcción revolucionaria.

La historia del desarrollo de la ciencia en general, y del quehacer científico en salud en particular, no constituye otra cosa que la historia de la lucha por la definición de objetos de investigación y de métodos científicos dirigidos a dar cuenta de los procesos que se priorizan en un espacio y tiempo históricos determinados. La dialéctica entre las fuerzas sociales y la propia consolidación de la teoría definen las prioridades científicas. Frente al desarrollo de las fuerzas productivas, el poder dominante establece los requerimientos científicos, delimita los problemas a ser dilucidados. La teoría, en cambio, determina las posibilidades de acogerlos, de interpretarlos. Un problema no adquiere el estatuto científico si no encuentra la madurez teórica suficiente para poder dar cuenta de sus regularidades, de sus relaciones y determinaciones⁸ pero, por otro lado, la teoría en salud no puede avanzar, no puede desarrollarse si, desde la sociedad, desde la realidad material, no se concretan presiones y propuestas.

Las clases dominantes tienen mayores opciones de hacer propuestas, de plantear problemas de investigación, de realizar pedidos a la ciencia. La formulación de los problemas u objetos de investigación es, entonces, en gran medida, una problemática política. Aún más, los pedidos tienen un cometido, un valor de uso, deben servir para un fin determinado. En esa medida, y aquí radica el problema más grave, los objetos son delimitados en función a su interés específico, al servicio que prestarán más tarde. Especiales características constitutivas de los objetos son privilegiadas mientras que otras son dejadas de lado.

La historia de la investigación en salud por parte del capital es la historia de la investigación par-

celaria del hombre, quien es considerado como una fuerza de trabajo, como máquina corporal, como productor de riquezas. El objeto hombre nunca es observado en su integralidad. Se toma parte del mismo, es su valor de uso el que se privilegia, porque el valor de uso de la fuerza de trabajo significa acumulación de capital, constituye posibilidad de ganancia, factibilidad de plusvalía. El valor de cambio de la fuerza de trabajo solamente es tomado en consideración si es que impacta en la aplicación de la misma.

Las ciencias de la salud al servicio del capital se constituyeron y desarrollaron al unísono con los requerimientos de acumulación. En sus inicios, el capital se enraizó en las fábricas y fructificó con la sangre de los obreros, madres y niños que entregaron sus vidas en ese dantesco afán productivista⁹. El consumo desmedido de esa fuerza de trabajo generador de riqueza obligaba a los empresarios a reflexionar sobre el valor de cambio. El capital se percató de que no podía expropiar en esa forma tan irracional su propia fuente productora de riqueza. Por otro lado, los obreros, a través de sus luchas reivindicativas, alcanzaron reformas tendientes a conservar su vida. La contradicción capital-trabajo, en esta primera etapa, incidió determinadamente sobre el pensamiento en salud¹⁰. El capital impuso a la salud pública la implementación de medidas convenientes para la conservación de la salud productiva de los trabajadores, así como el cuidado y preparación de la fuerza potencial de trabajo de sus hijos. El trabajador, en cambio, ha demandado al Estado, desde entonces, el cuidado de su salud integral. La alternativa de observar integralmente la salud del obrero había exigido a la ciencia médica el plantear la abolición

de la contradicción capital-trabajo, lo cual era imposible, toda vez que las opciones históricas son opciones de poder político, y en ese entonces, el pueblo, el proletariado, no lo detentaba en ninguna sociedad.

La ciencia en salud afirmó entonces, su fidelidad a los requerimientos del capital. Más tarde, se encontrará atareada en buscar el máximo rendimiento del obrero en su trabajo intensivo de jornada corta, resultante del incremento de la composición orgánica del capital¹¹. Después la encontraremos apuntalando la conquista colonialista de África, Asia y América Latina por parte del capital¹². En todas las etapas, la ciencia médica ha laborado conjuntamente con las fuerzas dominantes para, a través del quehacer en salud, apuntalar el requerimiento legitimador de los Estados capitalistas: que la ideología de la salud actúe como excelente neutralizador de tensiones sociales, y mediante la distribución de acciones de salud, se construya la imagen de Estados “benefactores” que supuestamente se preocupan por repartir la “salud”.

Las crisis del capital permitieron elaborar planteamientos alternativos. Virchow y Neuman propusieron en 1848 una visión más democrática sobre la salud, mientras que Stern, Sigerist, Rosen y Molina, encontraron alternativas populares en la gran crisis de 1930. La actual debacle del capital y el avance revolucionario de los pueblos también han impulsado la construcción de nuevas teorías explicativas. América Latina constituye un crisol en donde se funden nuevas formas de práctica científica. Cuba y Nicaragua pasan a constituir la confirmación de ensueños populares madurados en la larga noche de la do-

6 Borge, T. Discurso ante la III Jornada Científica Nacional de Salud y Primer Coloquio de Ciencias Médicas Nicaragüense – Norteamericano. Bol. Nic, de Hig. Y Epid., 1(1): 91-98. Enero, marzo de 1984

7 Gutiérrez, A. Ventana 1 (pintura), Managua, 1980.

8 Kedrov, B. (1971). *Acerca de las leyes del desarrollo de la ciencia*. La Habana, Ciencias Sociales.

9 Marx, K. (1976). *El capital*, libro 1, Cap. XIII. México, Siglo XXI, 3ra ed.

10 Breilh, J. (1977) *La Medicina Comunitaria, ¿Una nueva policía médica?* Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales (84) 79-82, México.

11 Breilh, J. (1986) *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Editorial Fontamara, México, 3ra ed.

12 García, J. C. (1981). *The Laziness disease. History and Philosophy of the Life Sciences*, 3(1): 21-59. Este trabajo constituye una excelente demostración de la articulación de las ciencias médicas y la producción algodona en América.

minación imperialista. El avance de la organización popular en los distintos países sacude la estructura social y despierta la creatividad científica. Diferentes grupos democráticos de investigación descubren en las madejas agnosticistas de la ciencia burguesa hilos de objetividad, los que son rescatados para construir la nueva trama de una interpretación renovada sobre la salud.

De todas maneras, en etapas de consolidación de la dominación burguesa o en sus momentos de crisis, la ciencia experimenta algunos desarrollos, y aquello es posible porque al mismo tiempo se desenvuelven las fuerzas productivas, porque el gran desarrollo tecnológico permite a la ciencia descubrir con mayor facilidad las leyes de los procesos y construir un arsenal teórico, que inmediatamente facilita dar nuevos pasos en el manejo de la técnica. Pero el desarrollo de la ciencia choca con las relaciones sociales de su uso y con la pobreza de los métodos para abordar la salud colectiva. Los inmensos adelantos de la química, biología, psicología, física, cibernética y ciencias sociales, no pueden ser utilizados. Mac-Mahon y Pugh¹³ declaran que la ciencia epidemiológica es limitada, y Leavel y Clark¹⁴ manifiestan que la epidemiología no puede llegar más allá de las apariencias. La administración en salud se niega a salir del quehacer funcionalista y no permite que la dialéctica amplíe su horizonte de visibilidad. La educación en salud repite los mismos contenidos ideológicos, reproduciendo con singular perseverancia la formación de un personal de salud no deliberante, dispuesto a cumplir, en lo particular, las viejas consignas del capital. El saber popular es dejado de lado y solamente se lo toma en cuenta cuando, en la práctica, el pueblo puede ser utilizado para disminuir los costos de la cara atención de salud

comandada por las transnacionales y afrontada por los Estados burgueses dependientes.

En la Nicaragua somocista la investigación en salud colectiva se esterilizó, se cortaron los intentos de reformulación. La ciencia debió caminar en este campo, unida al afán de lucro o a los requerimientos de control y legitimación estatales, y sobrevino la noche para el pensamiento en salud. La aparición del poder popular que abrió nuevos derroteros, que iluminó los senderos contruidos por el nuevo pensamiento en salud forjado en la clandestinidad¹⁵, organizó una práctica en salud conduciendo una reflexión más científica en este campo. La revolución sandinista creó esta posibilidad. Estableció por primera vez en Nicaragua la factibilidad de pensar en la salud del hombre integral, de no verla intermedia por su valor de uso acumulador, de no supeditar dolorosamente el pensar al servicio del poder dominante, de no trastocar lo que se siente, de poder ejercitar lo que se cree, de apoyar la construcción consciente del futuro, de buscar en el pasado lo que es bueno para el hombre, de hacer lo que el Comandante Borge diría: “*impulsar el desarrollo, restaurar la sabiduría popular, reconocer la posibilidad de que la ciencia y la técnica se pongan al servicio físico y espiritual multilateral de los hombres*”.¹⁶

La revolución sandinista, al tomar el poder el 19 de julio de 1979, destruye el Estado burgués y crea una alternativa concreta, el Estado popular. La creación del Estado popular significa la negación política del contradictorio fin acumulador-legitimador del poder estatal burgués y el consiguiente direccionamiento de su afán hacia el logro de la libertad e infinito desarrollo humano.

Este hecho histórico no solamente produce la negación de la alienación del hombre común, sino que, consecuentemente, se produce la posibilidad de la desalienación de la ciencia. En efecto, el poder popular libera al objeto científico. El pensamiento científico en salud nicaragüense puede, en este momento, conceptualizar al hombre como una posibilidad cada vez más cercana de realización integral. A pesar de que en el momento actual persisten diferencias sociales en la población y todavía se encuentran expresiones económicas en que priman las leyes del valor, sin embargo, la revolución pavimenta el camino hacia la abolición de la mercancía humana.

La revolución como que permite la desalienación más rápida del objeto científico que del objeto real. Dicho en otras palabras, el investigador puede, en el momento actual, conceptualizar su objeto como un ser autárquico y participar en la planificación de una sociedad nicaragüense más justa, así como apuntalar aquel proceso necesario de transformación humana.

Al producirse la liberación del objeto científico, sus métodos de abordaje cambian y al reconstituirse la dialéctica del tiempo el futuro gana mayor importancia. En este sentido, los investigadores en la revolución se ven en el compromiso de crear nuevos caminos teóricos e instrumentos para interpretar los procesos que se desarrollan multilateralmente y en libertad. Los viejos postulados de la epidemiología agnosticista ya no pueden dar cuenta del nuevo hombre sandinista: deben ser criticados y reformulados. Así mismo, la convencional administración en salud no posee los elementos teórico-metodológicos para abarcar los requerimientos organizativos en salud. La revolución desalienta al objeto, al método y al investigador, movilizándolo su infini-

ta capacidad creativa y factibilizando su realización individual en función a la realización social.

Poder popular y salud

Las “*categorías no solamente tienen un significado objetivo sino una historia objetiva y subjetiva. Una historia objetiva que presupone un estado definido de evolución del movimiento de la materia y una historia subjetiva, producto de su descubrimiento y aprehensión por parte del hombre, por su conciencia*”.¹⁷

Lo anterior presupone que las categorías se construyen, es decir, ganan forma, adquieren contenido, a través del esfuerzo que hace la conciencia humana para aprehender la cambiante realidad. Las categorías tienen entonces vida, tienen historia, cambian, se modifican. En algunos momentos se delimitan con singular claridad, y en otros se oscurecen y se embarcan en nebulosas ideológicas. La realidad está siempre presente ante la conciencia social, pero ésta dispone, de acuerdo a las distintas coyunturas, de diversas cuotas de poder para descubrirlas, para encontrar sus relaciones y determinaciones.

La larga noche de la dominación somocista atentó contra la vida, encadenó al hombre y al pensamiento, conculcó la libertad que no constituye otra cosa que la “*conciencia de la necesidad de las leyes que rigen los procesos naturales y sociales*”,¹⁸ y concomitantemente creó brumas alrededor de la categoría salud.

El triunfo revolucionario, la conquista del poder popular a través de las armas-amor-razón por parte del sandinismo, abre una nueva etapa para el quehacer en salud en Nicaragua y dibuja con mayor nitidez la categoría salud.

13 MacMahon, B. y Pugh, T. (1970) *Principios y Métodos de la Epidemiología*. México, La Prensa Médica

14 Leavell, H. y Clark, E. *Preventive Medicine for the doctor in his community*.

15 Borge, T. “...las revoluciones científicas hay que construirlas en la clandestinidad”, en Discurso ante... Ibid.

16 Borge, T. Ibid.

17 Lukacs, G. (1985) *Historia y conciencia de clase*. Orbis, España, 1985.

18 Borge, T. Ibid.

En el acápite anterior se explicó que el poder popular desalienta al objeto, al método y al investigador. De lo que se trata en esta parte, es de analizar cómo ocurre en el plano particular de la salud, este proceso, es decir, cómo se produce la ampliación del horizonte de visibilidad y de acción, cómo se potencian las fuerzas naturales y sociales para que surja aquel camino de infinito desarrollo del hombre o de su posibilidad de salud.

La revolución sandinista constituye la determinación del pueblo nicaragüense de organizar la sociedad bajo los postulados de la racionalidad humana. Sandino delinea el camino, Fonseca lo actualiza y, a través de la lucha del pueblo, se inicia la conquista de esa ansiada racionalidad. Pero el acceso a formas más altas de humanidad se ejecuta a través del asalto al poder, porque solamente con éste es posible delinear y organizar un nuevo modo de vida que permita al hombre producir su ser, su subjetividad, al mismo tiempo que produce su objetividad, su entorno. El sandinismo decide quebrar el anterior modo de vida comandado por Somoza, en el que se encontraba una brutal contradicción entre el hombre y la economía, en el que la producción de la objetividad, esto es, la consecución de los objetivos económicos del gobierno, significaban el sacrificio de todas las posibilidades humanas mayoritarias y aun el deterioro de las riquezas naturales del país. El sandinismo decide, el 19 de julio del 79, tomar el poder para organizar una sociedad en donde el desarrollo de la economía signifique al mismo tiempo el desarrollo del hombre. Esto es, establece como fin último la consecución de la salud del pueblo, porque la salud del pueblo significa el desarrollo social. Con el sandinismo la categoría salud se redefine, salud es revolución y revolución es inmediatamente salud.

Las transformaciones que se implementan desde un inicio se identifican con este propósito. El *poder popular* define sus principios e implementa cambios en las áreas de la producción, distribución, intercambio y consumo. En el ámbito de la producción, y más específicamente, en el espacio agrario, el sandinismo elabora las políticas tendientes a la reconquista de la salud del trabajador agrícola y de la naturaleza que lo rodea. Se encuentra, de inicio, con una relación hombre-naturaleza completamente trastornada por el somocismo. La forma concentradora de producción anterior había quebrado la relación racional del hombre con la tierra; se lo había excluido de su propiedad, y eso significaba que se había cortado la posibilidad de que la conciencia humana transformara libremente la naturaleza, rompiendo, al mismo tiempo, la característica gregaria, genérica del hombre, su vida comunitaria.

El somocismo había generado en Nicaragua la enfermedad de la naturaleza y del agricultor. La naturaleza había sido sujeta a las irracionales leyes de producción capitalista dependiente, se había irrespetado el uso científico e histórico del suelo. *“Las mejores tierras de Nicaragua, las que son estrictamente para la agricultura – como decían los españoles, las tierras de pan llevar, óptimas para producir maíz, frijol y sorgo, se encuentran, desde antes del triunfo de la revolución, ocupadas primordialmente por cultivos de agroexportación. Los campesinos indígenas, quienes habían ocupado tradicionalmente las mejores tierras de Nicaragua, fueron desplazados por los terratenientes. Estos, alentados por la oportunidad de mejores condiciones de precios, se dedicaron, según la época, a producir café, caña de azúcar o algodón, para obtener riquezas inmediatas”*.¹⁹

El maíz tuvo que salir de la zona del Pacífico, se fue con los campesinos que huían de la expan-

sión latifundaria, se “fue” para la montaña, para el Atlántico, zonas que no son ecológicamente adecuadas y, cuando se rompió con las posibilidades ecológicas, las tierras se “enfermaron”, se erosionaron y se negaron a producir. El somocismo, por otro lado, no solo había usado inadecuadamente el suelo: también la tecnología; no había desarrollado el riego, ni se había preocupado de depositar los insumos indispensables para elevar la productividad de la tierra, lo que produjo nuevamente el deterioro de la naturaleza por la vía del inadecuado uso de la tecnología, o por falta de su uso.

El somocismo, al separar al campesino de la tierra, de su laboratorio natural, le quitó su piel, le produjo una infinita inseguridad, le obligó a desplazarse, a romper con su entorno conocido, a enfrentar nuevos y desconocidos medios; o le encaminó a vender su fuerza de trabajo, a organizar irracionalmente su proceso laboral y, sobre todo, le robó el futuro, le impidió dar un fin concreto a su actividad y aquella que desarrollaba su familia, o le obligó a emigrar a las ciudades para engrosar las columnas de la miseria subproletaria. El somocismo produjo o acentuó la enfermedad campesina, incrementó los riesgos perinatales existentes o creó nuevos. Desarticuló la vida comunitaria en donde el parto es un hecho natural, y en donde la sabiduría popular acumuló, a lo largo de milenios de observación empírica, conocimientos sobre este hecho vital, comunidad que graduó a cientos de comadronas especializadas en traer al mundo la nueva vida con singular prolijidad, amor y saber. La expansión latifundaria y las huestes represivas quebraron la unión y desbarataron la universidad vital, estancaron el desarrollo del conocimiento, destruyeron la solidaridad y posibilitaron el incremento de la muerte y la enfermedad. Un signo inequívoco de la degradación humana producida lo constituye la cadena

de neonatos de bajo peso, paridos por madres desnutridas y en constante huida. Nacieron en espacios miserables, rodeados por la ira de un pasado truncado y por la infinita soledad creada por una sociedad cada vez más competitiva.

El 1º de julio aparece una nueva partera: la Revolución determina devolver la tierra a los campesinos, tres millones y medio de manzanas son distribuidas a los agricultores, se restauran sus laboratorios naturales, se les devuelve su piel, se reconstruye su vida comunitaria en un nivel cualitativo más alto a través de las Cooperativas y las Áreas Propiedad del Pueblo, y, con esto se restaura su futuro y se instala la posibilidad de que el fin, el objetivo de su trabajo individual sea parte del objetivo general, porque la consecución de los objetivos generales son idénticos a los personales y, en esta forma, se rescata la tranquilidad y se los extrae de la soledad de la vida competitiva. No solamente le devuelve al campesino la tierra sino que le facilita el acceso a la tecnología y al crédito²⁰ para aumentar su productividad, con miras a satisfacer las necesidades de los nicaragüenses y no de los que transformaron el país en una hacienda de otros, en una de las haciendas del imperialismo.

El Estado sandinista, por vía de la Reforma Agraria, devuelve la salud al campesino y devuelve la “salud” a la naturaleza, la beneficia con el riego, le adjudica la función para la que ecológicamente está preparada. Se propone bajar los granos básicos al Pacífico y transformar a esta zona en productora de bienes agrícolas para la exportación y la obtención de productos de consumo nacional, de todo ello a través de la organización de formas intensivas de producción, con el objeto de, como lo dice el Comandante Wheelock²¹ “tener dos veces la tierra”. Se define que la Región Húmeda Central Norte reciba al café y se siembren hortalizas y frutales, mientras que en

19 Wheelock, J. *Entre la crisis y la agresión*. Editorial Nueva Nicaragua, Managua, 1985.

20 La revolución forjó el Programa de Asistencia Técnica Dirigida y el Programa de Crédito dirigido como parte del Sistema Financiero Nacional.

21 Wheelock, J. *Ibid.*

la Zona Atlántica se desarrollen las leguminosas y se cultive el caucho, el cacao, los plátanos, etc. La Revolución resuelve, entonces, rescatar la relación racional-natural del hombre con la tierra e imprimir a través de la ciencia aún mayor racionalidad para incrementar la producción. Pero esto es posible hacerlo porque Nicaragua reconquista la propiedad de su ser, lo que significa, al mismo tiempo, la reconquista de la salud, de su tierra, y de sus hombres.

La revolución se introduce en la casa del campesino, le prodiga más cantidad de alimento²² producto de su trabajo, y amplía el mercado para el acceso a una amplia gama de productos, lo cual asegura un mejor consumo de nutrientes que repercuten en el desarrollo materno-infantil más armónico y en el nacimiento de vástagos con mayor peso, atendidos por parteras preocupadas por rescatar el saber de sus antepasados y de sintetizarlo con aquel que pone a su disposición el Estado Popular a través del MINSA. Se empieza nuevamente a reconquistar la solidaridad, y la vida comienza a tomar forma en un ambiente en donde el presente es construcción inmediata de futuro, y al mismo tiempo rescate de los pedazos de humanidad que fueron brutalmente arrebatados por el somocismo. El nacimiento de un nuevo producto biológico constituye la esperanza de una nueva fuerza para llevar a cabo las transformaciones necesarias y para defenderlas, porque defendiéndolas, al mismo tiempo se asegura el desarrollo de nuevos y mayores logros.

En este ambiente de salud que va conquistando el sandinismo, solo existen las nubes de la agresión del imperialismo que oscurecen el panorama, que cortan la vida²³ y que impiden mantener el flujo de las transformaciones, que destruyen hospitales e incendian escuelas; que producen

dolor, pero que generan esa ira necesaria para mantener la patria libre y para parir nuevos hijos que cumplirán la función de cuidarla.

La nueva organización del trabajo y de la producción en el área rural es generadora de salud. La revolución libera una fuerza que antes producía cada vez más enfermedad. El trabajo alienado en el tiempo del somocismo engendraba enfermedad y muerte. La producción y trabajo en esa era se alimentaba con la vida de obreros, madres y niños, mientras que la organización productiva en el sandinismo impulsa la reproducción de más vida.

Esta realidad impacta sobre la conceptualización de la salud; en efecto, la salud no puede continuar interpretándose como un bien que se alcanza únicamente a través del consumo de acciones brindadas por los servicios, sino que el pueblo la forja, la produce en el propio proceso racional de trabajo. La categoría salud conquista un nuevo espacio, se hace más integral, deja su lecho unilateral y gana una connotación multilateral. El problema ya no radica solamente en cómo organizar acciones para la salud, sino en cómo apuntalar un modo de producción de salud. El pensamiento ya no se redime solamente en los servicios; el poder sandinista lo lleva hacia los espacios que antes se hallaban vedados por la ideología dominante, la misma que había impedido que la conciencia científica nicaragüense la acoja. La inquisición somocista impedía al pensamiento en salud, reflejar subjetivamente la realidad objetiva de su modo generador de enfermedad y muerte, porque ésta constituía la esencia de su ser, porque el descubrimiento de esa verdad significaba la negación de su existencia. El poder popular, en cambio, crea la fuerza objetiva para que la reflexión científica conquis-

te el espacio de la producción de los bienes materiales; creada por la revolución, es generadora de vida, y solamente a través del conocimiento de sus leyes, de sus regularidades, se asegura su desarrollo. El Estado sandinista se alimenta con el pensamiento crítico para su avance, el somocismo lo encadenaba para evitar su destrucción, y a través de este encadenamiento secuestraba el quehacer en salud alrededor de los servicios, que se ofrecían como una panacea manejada por el dictador y sus secuaces. Para ellos, la salud solamente podía obtenerse a través de las incoordinadas acciones de veintitrés instituciones que imprimían un carácter caritativo a su quehacer y reconstruían diariamente la ideología necesaria para la dominación. La represión era pintada con un barniz de beneficencia y se pretendía en esta forma disfrazar sus auténticas características.

Hasta aquí, el análisis de la Reforma Agraria ha permitido hacer un abordaje de la relación producción-salud. Se debe considerar que se ha partido de generalizaciones del proceso. No todas las expresiones particulares de la producción agrícola determinarían iguales repercusiones en la salud de los trabajadores del campo. Diversas formas de organización productiva generan distintos perfiles de reproducción de la fuerza de trabajo, y a su vez éstas establecen el apareamiento de diferentes condiciones de salud-enfermedad. Pero la conformación de un modo de producción en donde el fin último constituya la realización humana, tiñe con diferente intensidad las distintas particularidades productivas, ya sea por vía de las transformaciones que se llevan a cabo en el momento del trabajo o del consumo de los grupos sociales, y ocasiona distintas dosis de posibilidades de salud.

Un análisis más pormenorizado de las otras formas de producción (sector ganadero, industrial, minero, pesca, energía, transporte, servicios, sector informal, etc.) llevaría a buscar las particularidades de calidad de vida de cada grupo humano y las especiales repercusiones en su perfil de salud-enfermedad. De lo que se trata, en este

momento, es de ratificar el criterio de la interrelación existente entre el modo de trabajar y el modo de enfermar y morir.

Ahora bien, como se dijo antes, el proceso salud-enfermedad no solamente es condicionado por la forma de trabajar y por las relaciones que el hombre establece con la naturaleza, sino que también está determinado por las formas y contenido de su consumo. En el momento productivo el hombre es objetivo en su mundo circundante y entrega productivamente su fuerza de trabajo para dar la característica social a la naturaleza transformándola. En cambio, en el momento de consumo, la naturaleza es subjetiva, se interioriza en su humanidad y permite la reproducción de la energía perdida en el momento productivo. En el ámbito del consumo ocurren similares problemas a los que se analizaron para el momento productivo; aún más, en este campo, el análisis se complejiza, porque el consumo de los bienes para la reproducción de la fuerza de trabajo se halla intermediado por la distribución y el intercambio de los mismos. La distribución es una problemática de poder general, y el intercambio se liga tanto con el poder general como con la particular posibilidad individual de extraer, desde el mercado, los bienes para el consumo a través de la cuota que recibe el individuo como pago de su trabajo.

Se puede percibir, de inicio, que existen modalidades de organización social en las que la distribución, las leyes de intercambio y las formas de consumo son más patogénicas que otras. La organización somocista era, sin lugar a dudas, una forma organizativa patogénica, creaba enfermedad por la sencilla razón de que las leyes de la distribución se asentaban sobre la necesidad de acumular más riqueza alrededor de la burguesía y del imperialismo. El somocismo utilizaba todos los aparatos de poder estatales para viabilizar la mayor ganancia para él y su camarilla y para cumplir con los mandatos del gobierno de los Estados Unidos. El somocismo abandonaba el pueblo a su suerte: expulsados de sus tierras, los campesinos debían subsistir a través del cul-

22 A través de la Empresa Nacional de Abastecimiento (ENABAS), además de establecer los precios a los productores, subsidia la venta de granos básicos para garantizar el consumo de los estratos de más bajos ingresos. Por otro lado, el Programa Alimentario Nicaragüense (PAN) garantiza el autoabastecimiento nacional de alimentos.

23 Entre 1982 y 1985, la agresión imperialista cobró la vida de dos mil niños.

tivo minifundista; mientras que los obreros debían, con su magro salario, extraer del mercado los bienes para su subsistencia; los artesanos, pequeños comerciantes y agricultores debían enfrentar formas de intercambio inequivalentes, compitiendo de manera desigual en el mercado, en donde la aparición de mercancías producidas en forma industrializada dependiente les obligaba a establecer precios inferiores al valor depositado en sus productos. Por otro lado, las capas medias debían aceptar el reto de adquirir los productos vitales con sueldos cada vez más deficientes. Solamente podía adquirir los bienes necesarios, y con gran holgura, el empresariado pro-imperialista, Somoza y su aparato represivo. El subproletariado debía realizar el milagro de sobrevivir en condiciones infrahumanas. La organización distributiva somocista era, por esa razón, brutalmente patogénica; el poder había sido organizado para engendrar la miseria y la enfermedad del pueblo.

El Estado sandinista organiza una forma distributiva diferente; su fin último radica en la consecución de la unión del pueblo, y la organiza con el propio pueblo, porque es el que ha tomado el poder. El objetivo de la revolución es asegurar que el pueblo acceda a la riqueza generada para permitir su reproducción y, por otro lado, acumular parte del excedente para generar la riqueza del mañana o, dicho de otra forma, asegurar la salud presente y preparar la posibilidad de la salud futura.

Para realizar su cometido, fortalece el poder popular y lo hace en todos los ámbitos: conforma la Unión de Cooperativas Agrícolas Sandinistas, impulsa las Cooperativas de Crédito y Servicio, da forma a los Consejos de Producción, las Comisiones de Abastecimiento, Consejos Populares de Salud, los Comités de Defensa del Sandinismo, los Centros Populares de Cultura, etc.; es decir, no deja ninguna de las expresiones de la

vida social sin el comando popular. La revolución comprende que la vida social debe ser reconstituida a través de un intenso esfuerzo; que la reconstrucción de la característica genérica del hombre, su esencia comunitaria, solo se logra a través de un trabajo diario y constante, el que le devuelve su humanidad y al mismo tiempo permite crearla, así como asegurar el ejercicio del auténtico poder transformador de la sociedad, poder necesario para establecer el redireccionamiento de la distribución y el necesario control de las leyes del mercado, en un momento en que todavía no es posible abolirlas porque las condiciones objetivas así lo reclaman.

La revolución comprende que la irracionalidad del mercado debe todavía mantenerse porque las condiciones objetivas lo determinan, porque la situación de desarrollo de las fuerzas productivas es una carga del pasado y no puede ser abolida por la simple voluntad de hacerlo, sino que debe cambiar paulatinamente, conforme madura el propio proceso de transformación de la materia. Pero también decide que el mercado no impacte negativamente en la salud del pueblo, y crea Centros de Abastecimiento al Trabajador – CAT para asegurar el abastecimiento de arroz, azúcar, aceite, sal y jabón, los que circulan por la vía territorial en base a cuotas. Para llevar a cabo este objetivo, es indispensable crear los mecanismos de acopio de los bienes producidos, y ENABAS²⁴ es la medida más adecuada y constituye el mecanismo para la distribución de los mismos. Los productos deben llegar a los consumidores, y la revolución se ve en la necesidad de abrir nuevas carreteras, incrementar el parque automotor, asegurar los recursos energéticos. Todo el país se cohesionaba en una intrincada red de donde se persigue sin descanso la salud, la felicidad, el desarrollo humano; en donde todos colaboran y solamente el imperialismo se opone: impide el normal funcionamiento de ENABAS, bombardea las cooperativas, ocasiona un gasto

desmesurado en la defensa²⁵ e imposibilita mantener el proceso redistributivo. El imperialismo genera, por esta vía, enfermedad y muerte.

Es conveniente que se insista sobre la naturaleza “saludable” del modelo distributivo. La revolución humaniza por múltiples vías el proceso de distribución. Extiende el mercado, lo disemina por todo el país y controla en esta forma la determinación abusiva de la demanda. El mercado, en el somocismo, se concentraba alrededor de aquellos que tenían posibilidad de compra. Las mercancías solamente eran accesibles para las capas más pudientes. Al ampliar el espacio de circulación de los bienes producidos, el sandinismo corrige parcialmente esta distorsión distributiva. En este momento, los artículos de primera necesidad pueden ser adquiridos por la población nicaragüense, en donde quiera que se encuentre. Es lógico suponer que una más amplia gama de bienes se concentran alrededor de Managua y en los espacios que históricamente adquirieron más importancia económica, pero la subsistencia básica está asegurada por la revolución en todo lugar a pesar de la guerra. También la Revolución interviene en el mercado, impide que las leyes del valor y de la oferta y demanda determinen fríamente los precios. El mercado es brutalmente inhumano, no conoce otro lenguaje que aquel del valor y no se mueve sino al ritmo de la relación oferta-demanda-especulación. Una mercancía adquiere su precio en base a la cantidad de trabajo social medio acumulado y en función a su propia existencia cuantitativa en el mercado. Si los especuladores la esconden, adquiere un precio superior a su valor. Si es producida con una tecnología sofisticada en los países centrales y si, además, es indispensable para la reproducción de los compradores, su precio se eleva muy por encima de su valor.

Los campesinos, obreros y capas medias, en el tiempo de Somoza, únicamente tenían una for-

ma de relacionarse con el mercado: a través del dinero del que disponían, y debían soportar todos los caprichos de las leyes del capitalismo.

El Estado sandinista, en cambio, extrae el arroz, el azúcar, el aceite, la sal y el jabón y los entrega directamente a los demandantes en base a cuotas, es decir, hace que estos productos circulen y entiendan otro lenguaje, aquel de la necesidad. Estas mercancías adquieren su precio en base a las posibilidades de pago por parte del pueblo. Si su valor excede al precio, el gobierno lo subvenciona y no permite que estos bienes entren al baile de la oferta y demanda, y los protege de la especulación. Estos productos se humanizan, son cuidadosamente manipulados para que se transformen en vida humana, en peso del neonato, en leche materna y en salud general. Estos productos pasan inmediatamente a ser salud.

El Estado sandinista, por otro lado, controla los precios de los cincuenta y dos productos indispensables para la reproducción social del pueblo. Con esta medida, establece el precio en base al valor del producto, en base al trabajo social depositado en él, y protege esta medida a través del control social de la especulación y mediante una participación en el mercado con productos similares que han sido recolectados por los organismos de acopio de ENABAS. Cuida, en esta forma, la “salud” del proceso productivo, así como la salud de la población. En efecto, la producción puede mantenerse siempre y cuando retornen las inversiones hechas con una tasa de ganancia adecuada y eso se logra en el momento en que las mercancías sean vendidas. Pero por otro lado, los compradores, el pueblo, no pueden pagar un precio más alto para reproducir su fuerza de trabajo más alto que lo que permite su bolsa.

El somocismo se preocupó solamente por obtener las más altas tasas de ganancia para los

24 ENABAS: Empresa Nacional de Abastecimiento.

25 En 1986 Nicaragua invirtió más del 50% de las divisas generadas por las exportaciones en la defensa de sus fronteras.

empresarios y comerciantes y no se preocupó del pueblo. El sandinismo, en cambio, a través de las políticas de precio, factibiliza la salud de los que producen, de los que venden y de los que compran.

El poder sandinista desarrolla una política salarial dirigida a asegurar la reproducción de la vida de los habitantes de este país. A pesar de la guerra, el gobierno mantiene constantes alzas salariales dirigidas a compensar el aumento del costo de la vida. Es decir, lucha contra los efectos de la inflación con miras a factibilizar la consecución de la salud mínima del pueblo; su pensamiento radica siempre en el retorno, a través del salario, de esa energía que los nicaragüenses están entregando en la producción de maíz, de viviendas, de conocimientos, de sueños de libertad, de nueva vida, de música y de fusiles.

El sandinismo acumula el excedente de producción y dirige el apoyo internacional con el fin de organizar un poderoso aparato de Estado que activa la reconquista de la vida. Implementa una inmensa estructura educativa que se propone y logra exorcizar el demonio del analfabetismo. El poder popular comprende que no puede elevar la calidad de vida del pueblo si éste no integra los conocimientos que la humanidad ha venido desarrollando; comprende que el hombre no logra ser tal si no se universaliza, si no integra el saber producido en las diferentes latitudes, y por esto transforma a Nicaragua en una inmensa universidad en donde se procesan los nuevos conocimientos adquiridos. Cientos de internacionalistas se prestan a brindar sus experiencias, numerosas universidades extranjeras se hacen presentes, el mundo entero es captado por Nicaragua que enseña y aprende. Las fronteras se abren a la cultura sin miedo, los extranjeros caminan libremente aprendiendo entre la sencillez del pueblo su inmensa revolución. Es una Nicaragua abierta y libre. Esa apertura la

han conquistado sus armas, pero también está labrada por sus muertos que ganan nuevamente vida, que enseñan, en singular coloquio, la historia de lucha de este país. Sandino resucita y Carlos Fonseca deambula organizando al pueblo con ira y ternura y el Comandante Marcos continúa enseñando, continúa como comandante escuela, como comandante libro. Los muertos se introducen con vida y fuerza en las escuelas, en los talleres de pintura y se transforman en pinceles y se pasean entre los músicos arrancando notas musicales y entonando canciones que recatan el pasado y lo transforman en felicidad de un presente encargado de construir el futuro; y se integran en las manifestaciones, en los actos culturales y se embarcan en las guitarras de los cantores y activan a las masas y empujan a los “cachorros”²⁶. Es una Nicaragua que vive con toda su gente, “aquí no ha muerto nadie”, tiene la fuerza inaudita de la historia para hacer ahora sí su propia historia, y es por esto que no tiene miedo al ingreso de cualquier tipo de conocimientos, puede procesarlos y tomar los que le sirvan y, sobre todo, enseñar al mundo entero cómo su cultura restituye la dialéctica del tiempo y crea la vida.

En efecto, el movimiento cultural-educativo de Nicaragua es un movimiento vital, es el movimiento saludable que crea salud, y esto es así porque, como se ha venido sosteniendo, la salud se la produce, y para poder producirla es necesario conocerla. Es necesario conocer que la salud es historia, es necesario conocer que salud es producción, que salud es distribución, que salud es revolución, que salud es transformación, que salud es cuerpo biológico determinado por leyes sociales, porque organización social racional es salud, porque transformación es salud, porque revolución es salud, y así infinitamente, en esa posibilidad infinita que ofrece la conquista de la humanidad que más levanta a los muertos para que vivan eternamente.

La educación no solamente se dinamiza y gana nuevos contenidos, sino que se extiende, se democratiza, busca al niño, al joven, al adulto en donde quiera que se encuentre ubicado y rompa con el encuadre elitista de la educación somocista. Para esto capta cuarenta y nueve mil profesores que toman a cargo la tarea de integrar, a través del saber, a los nicaragüenses con su Nicaragua y se plantean el cometido de que el pueblo conozca su ser biológico y social, su funcionamiento y sus leyes para poder transformarlos, para alcanzar la salud. La revolución en la educación es también revolución en salud.

El Estado popular también acumula riqueza para introducirla en la vivienda del pueblo. Tiene que redimir la historia y al mismo tiempo facilitar la conformación de un microambiente físico adecuado. La relación del hombre con el ambiente siempre está intermediada, en el ámbito del consumo, por la vivienda. Esta permite controlar socialmente la naturaleza; en efecto, la vivienda no constituye otra cosa que un pedazo de naturaleza a la que el hombre la somete a su voluntad. En el tiempo de Somoza, la construcción del microambiente estaba bajo la responsabilidad del individuo, lo cual permitió la conformación de barrios miserables en donde moraban los individuos más depauperados, así como el apareamiento de barrios para los pudientes, en donde las viviendas adquirirían características de suntuosidad y al mismo tiempo recibían toda la dotación infraestructural por parte del Estado. A través de la revolución, el pueblo se apropia de las mansiones del somocismo y las transforma en espacios funcionales; es allí donde se elaboran los programas revolucionarios, se reúne el pueblo con sus comandantes y se depositan los productos culturales e históricos. Además, el Estado emprende en la construcción de nuevos espacios para la unión de la familia, proceso que todavía no logra dar una respuesta adecuada debido a la necesidad de dirigir los recursos hacia la defensa del país. De todas maneras, este programa se objetiva en siete mil nuevas viviendas por año y en un trabajo de dotación de agua potable y alcantarillado que ha tenido moderada expansión por las razones ya anotadas.

La naturaleza saludable del programa de vivienda – agua potable y alcantarillado del sandinismo radica en el enfrentamiento democrático a esta problemática, en el carácter popular de la misma, es decir, en la distribución de condiciones habitacionales para los grupos más necesitados, en la ruptura de la concentración de recursos y comodidades para pocos, en la factibilidad de que más nicaragüenses controlen la violencia de la naturaleza a través de la vivienda para congregarse a nutrir y educar a sus hijos y disfrutar de la riqueza de la revolución a pesar de la pobreza de elementos materiales forzada por la agresión imperialista.

El Estado revolucionario no solamente acumula la riqueza para redistribuirla al pueblo en forma de educación, cultura, habitación, agua, alcantarillado, tecnología productiva, crédito, sino que también decide apoyar directamente la procreación de los hijos. Considera que estos son los hijos de la revolución, de la sociedad nicaragüense, que la responsabilidad de convertirlos en hombres nuevos también es responsabilidad del Estado, razón por la cual crea Centros de Desarrollo Integral - CDI, a través de los cuales enseña a los vástagos el camino de la vida y hace posible para la madre integrarse al quehacer productivo y, a través de su trabajo y participación, apoyar la construcción de la nueva sociedad, dinamizando su ser biológico-social de mujer y madre. El poder popular amplía la proyección materna, permitiendo que su ser productivo-biológico gane estatuto social más definido en la construcción multilateral de la patria nueva, es decir, imprime un carácter transformador a su realidad de mujer, que antes se hallaba confiscada en un espacio más reducido de madre servidora. La revolución brinda salud al niño y a la madre y, a la vez, éstos transforman a la primera en un proceso tierno al concederle la capacidad de dejar a cargo la función de cuidado maternal de los que nacen.

Por último, vale la pena hacer una reflexión sobre el espacio de recreación que crea el sandinismo. El Estado revolucionario hasta el momento ha construido pocos espacios recreacionales

²⁶ “Cachorros”: expresión cariñosa con la que el pueblo de Nicaragua se refiere a sus jóvenes que luchan en el Ejército Popular Sandinista.

dotados de recursos físicos sofisticados, pero en cambio, ha conquistado la seguridad de un presente que se asienta en la fuerza, y que, en un pasado inmediato, produjo la caída de un sistema de opresión, fuerza que es capaz de proyectarse en el futuro con carácter constructivo y liberador, que obviamente tiene que enfrentarse con la agresión, pero que se sintetiza en una disyuntiva expresada en la consigna “Patria Libre o Morir”. El Estado sandinista conquista el pasado y el presente y ofrece el futuro como posibilidad objetiva, real, de patria libre. Este hecho amplía el espacio de relación: todos los nicaragüenses son hermanos en una común empresa que la construyen con alegría y esperanza en los ámbitos del trabajo, de reposición vital y de defensa. Todas las actividades son recreativas porque todas ellas tienen un fin claro que lo ratifica el triunfo del 19 de julio; todas las actividades recrean. La recreación en la revolución, se proyecta más allá del espacio del ocio para embarcarse en todas las expresiones de la práctica social, y Nicaragua se transforma en un jardín de recreación que produce salud, o más bien dicho, que es salud. Así también, la recreación pierde su carácter de mercancía: en este país todo el mundo puede gozar sin pagar. La recreación, en sus componentes más importantes, sale del mercado, su oferta es ilimitada.

En este momento, es necesario retornar al planteamiento inicial, a través del cual se sustentaba que las categorías no solamente tienen un significado objetivo sino una historia objetiva y subjetiva. Una historia objetiva que presupone el estado definido del movimiento de la materia y una historia subjetiva, producto de su descubrimiento y aprehensión por parte del hombre, por su conciencia.

El Estado revolucionario ha permitido una aceleración en el movimiento de la materia y ha liberado múltiples procesos que antes se hallaban encadenados por el somocismo. Nuevas fuerzas se

han hecho presentes en Nicaragua y éstas deben ser descubiertas por la conciencia sandinista.

Al dinamizarse la realidad objetiva, también se dinamiza la realidad subjetiva. El reto para el pensamiento en la revolución es construir una realidad subjetiva que sea el reflejo de la nueva realidad. La categoría salud debe tener la dinámica y extensión de la objetividad salud, debe ser una categoría viva que permita observar su dinámica y al mismo tiempo apoyar su transformación. Debe posibilitar la sensopercepción del fenómeno salud, así como la interpretación de su esencia; debe posibilitar la comprensión de cómo la salud es producción, pero es también distribución y es consumo, de cómo es cultura y educación, vivienda, camina como ley y busca la estética para adoptar la forma de arte, y se embarca en la política e ideología para ofrecerse como discurso de los comandantes o como plegarias de los religiosos comprometidos. Serrano Caldera ratifica este reto: “A un nuevo concepto de sociedad debe corresponder un nuevo concepto de salud, entendida no solo como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar, el que depende de un conjunto de factores sociales ligados estructuralmente al tipo de sociedad que corresponde y entre los que cabe mencionar aquellos relativos a la alimentación, higiene, medio ambiente, educación sanitaria y, por supuesto, políticas e infraestructuras adecuadas a la realidad.”²⁷

La categoría teórica no solamente debe reflejar el movimiento de la materia, sino que debe, además, indicar el camino para transformarla, porque cada teoría sobre el objeto tiene incorporados el método para su conocimiento y las pautas para su transformación. Si se revolucionaria la realidad, se revolucionan la teoría y el método, así como la teoría y el método revolucionarios guiaron la transformación social. Es conveniente que en este momento se analice la forma cómo la categoría teórica surgida de la práctica social revolucionaria vuelve como prác-

tica o acción revolucionaria, de cómo el Sistema Nacional Único de Salud – SNUS implementa su quehacer transformador.

La revolución plantea la solución integral de los problemas sociales para beneficio de todas las clases. No busca la acumulación de capital para la burguesía y el imperialismo, como sucedía en el tiempo de Somoza, sino que plantea un objetivo de beneficio integral. Para alcanzarlo, se apropia del poder político y centraliza todas las fuerzas y el potencial de las distintas instituciones hacia el logro de racionalidad general que fuera negada por la irracionalidad somocista.

De ese modo, la transformación de la calidad de vida, como sustrato de la salud, se ha visto potenciada por la transformación de las entidades estatales que, liberadas de las contradicciones antagónicas, se han puesto al servicio de la sa-

lud popular, obteniendo, pese a la persistente agresión del imperialismo norteamericano, que con su estrategia de guerra limitada ha logrado forzar a Nicaragua a emplear militarmente más del 50% de las divisas generadas por las exportaciones, logros importantes en corto tiempo. (Ver cuadro inferior)

El Servicio Nacional Único de Salud o, si se quiere, el poder popular en su expresión particular técnico-administrativa encargada de la reflexión y acción alrededor de la salud, se ha propuesto conocer y transformar las miserias heredadas del somocismo; conocer y buscar soluciones en el campo de la salud para resolver los problemas que generan las nuevas contradicciones que aparecen en el presente, y dibujar el camino futuro para apuntalar, como revolución, la forja del nuevo hombre de Nicaragua.

Logros comparativos en países centroamericanos seleccionados 1960-1985

Indicadores	Años	
	1960	1985
Mortalidad en < 5 años		
Nicaragua	210	104
Honduras	232	116
Guatemala	230	109
Mortalidad infantil		
Nicaragua	140	69
Honduras	144	76
Guatemala	125	65
Esperanza de vida		
Nicaragua	62	
Honduras	61	
Guatemala	61	
Tasa de escolarización enseñanza primaria masc./fem.		
Nicaragua	113	118 (*)
Honduras	101	101
Guatemala	78	67
Analfabetismo		
Nicaragua	12.9%	
Honduras	40.5%	
Guatemala	45.0%	

27 Serrano Caldera, A. Salud en la Constitución de Nicaragua. MINSA-OPS, Managua, 1987

*Resultado obtenido entre 82 y 84. Aun habiendo sido asesinados 176 educadores entre 1983-85.

El SNUS se compromete a resolver en el espacio las contradicciones campo-ciudad y concentración-exclusión en salud. Se propone enfrentar la desigual distribución de los servicios entre las clases sociales y dar cuenta de la contradicción conocimiento-desconocimiento en salud.

El compromiso del SNUS es inmenso: construir la racionalidad en el tiempo, el espacio, la población y el saber, en los ámbitos de la producción, distribución, intercambio y consumo. Es la revolución misma hablando un lenguaje particular, el lenguaje de salud, que al mismo tiempo participa en la construcción de la revolución social. Es la coherencia, es la racionalidad, en donde lo universal se expresa en todas sus relaciones y determinaciones multilaterales en lo particular.

El SNUS tiene que llevar a la práctica sus propósitos con total coherencia, y la coherencia práctica solamente puede ser alcanzada cuando se organizan las fuerzas disponibles en forma racional. Entonces tiene que poner vida a la organización de su aparato administrativo, usa el poder político existente y al mismo tiempo lo desarrolla en el campo particular de la salud, subsumiendo al poder técnico y al poder administrativo para que se desarrollen bajo su comando. Aquí radica la revolución administrativa que lleva a cabo el Estado sandinista.

En el somocismo, el quehacer en salud estaba organizado bajo el comando de fuerzas dispares y contradictorias que producían una incoordinación administrativo-técnica total, y esto ocurría porque era el poder del imperialismo el que se hacía presente al interior de los servicios de salud. Era el poder de la burguesía dependiente el que dirigía el quehacer. El imperialismo se hacía presente a través de las transnacionales de medicamentos y de insumos que comandaban la dotación de recursos de los servicios. Eran las necesidades de las empresas de construcción y de comercialización de instrumentos las que disponían los niveles de complejidad; era el poder técnico de los hijos de la burguesía el que se expresaba en conocimientos sofisticados

adquiridos en universidades extranjeras que determinaban el estudio de enfermedades exóticas inexistentes o de baja prevalencia en Nicaragua; era, en resumen, el “poder de las cosas”, movidas por el poder bastardo, el que comandaba a los hombres; era la irracionalidad que creaba programas y proyectos de salud desvergonzados y anticientíficos que recibían la bendición de la asesoría tecnicista del positivismo y empirismo yankee; era realmente la “enfermedad” administrativa, científica y técnica que quería generar y apoyar la consecución de salud; era el requerimiento de represión, de control, de legitimación el que pavimentaba su camino.

La revolución, revoluciona los servicios de salud, define que el poder político popular los conduzca, que las cosas no determinen a los hombres, que ellas no bailen al ritmo impuesto por las transnacionales, que se supediten a la fuerza vital humana, que el hombre comande al poder de los recursos y del conocimiento, que éstos también se humanicen y respondan a las necesidades del trabajador, del campesino, del comerciante, del empresario, de la madre, del niño, del viejo, del hombre, de la mujer; que éstos lleguen a todos los lugares, que enfrenten las miserias heredadas, que corrijan las contradicciones del presente, que busquen el futuro; que vayan al campo, que se queden en la ciudad; que se transformen en saber en salud; que se introduzcan al hogar para que el amor familiar pueda ser realidad, que se desplacen a las zonas de combate para transformarse en cirugía de los combatientes y en alivio de los comandantes; que se transformen en planes y programas, en regionalización; que se expresen en conocimientos de las verdaderas necesidades de salud de este pueblo; que alimenten a los investigadores y que muevan a los burócratas.

Para cumplir con estos propósitos, el sandinismo articula su programa de salud al poder general y particular. En el nivel general, la salud se transforma en ley, mientras que en el nivel particular se sintetiza en estrategias, programas y actividades.

En el nivel general (el ámbito de la ley), el poder sandinista define un nuevo concepto de salud en el que explicita que *“es un derecho de toda la población – sin distingo alguno – y es también una responsabilidad tanto del Estado como del pueblo organizado”*²⁸; legisla sobre el derecho a la vida: El derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana. En Nicaragua no hay pena de muerte²⁹ y existe el derecho a la libertad personal,³⁰ a la integridad física, psíquica y moral,³¹ a la seguridad social,³² al deporte y recreación,³³ a la vivienda³⁴ y al amor: “El matrimonio y la unión de hecho están protegidos por el Estado; descansan en el acuerdo voluntario del hombre y la mujer y podrán disolverse por el mutuo consentimiento o por la voluntad de una de las partes. La ley regulará esta materia”³⁵; y a la igualdad entre todos los conformantes del núcleo familiar, igualdad entre pareja, patria potestad, igualdad de los hijos, protección de los menores, de la paternidad, derecho a la adopción, patrimonio familiar³⁶ y a la gratuidad de la atención y sobre el trabajo y salario³⁷ “prohibiendo el trabajo de los menores en labores que puedan afectar su desarrollo normal o su ciclo de instrucción”³⁸.

El poder popular se toma todos los espacios de la vida social, reconociendo que la salud está profundamente imbricada con la producción del nuevo hombre nicaragüense que lucha por crear una nueva Nicaragua, y a través de la ley ratifica el compromiso adquirido.

En el plano particular, en cambio, la revolución se sintetiza en políticas y estrategias: accesibilidad, servicios integrales, trabajo en equipo,

planificación de salud, sistema regionalizado. Además, en programas y actividades de cobertura extendida pero de calidad diferente, de calidad popular, la misma que es activada desde el SNUS a través de Consejos Populares de Salud y Jornadas Populares, lo que significa la entrega de conocimientos y responsabilidades en la planificación y ejecución de acciones de salud al pueblo. La revolución comprende que algunos procesos particulares pueden ser activados para avanzar más rápidamente que el cambio global, entre ellos el desarrollo bio-psíquico individual, que puede transformarse con mayor velocidad a través de la concentración de recursos técnico-materiales, que al subjetivarse en la población se transforman en humanidad y vida. Los servicios de salud apoyan la organización popular y el desarrollo de la salud de los nicaragüenses, los que, a su vez, presionan el desarrollo de la organización de los servicios y el desenvolvimiento del conocimiento científico.

La revolución activa el desarrollo de la materia y al mismo tiempo amplía el horizonte de visibilidad del pensamiento, agilitando su capacidad de aprehensión, pensamiento que luego se sintetiza en práctica. El poder popular genera nuevas formas de pensar y de ver en salud, y luego el pensamiento regresa como leyes, como políticas, como estrategias, como programas, como acciones que se cristalizan nuevamente como poder que avanza: tanto en el plano general como revolución sandinista, cuanto en el plano particular como revolución en la salud, y todo esto en una dialéctica infinita.

28 Constitución Política del Estado Nicaragüense. Managua. Art. 60

29 Ibid. Art. 23.

30 Ibid. Art. 25.

31 Ibid. Art. 36.

32 Ibid. Art. 82

33 Ibid. Art. 65

34 Ibid. Art. 64

35 Ibid. Art. 72

36 Serrano Caldera, A., op.cit.

37 Constitución, Ibid. Art. 82

38 Ibid. Art. 84

Artículo 3

¿QUO VADIS Salud Pública?¹

Edmundo Granda

En abril de 1999, la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, me invitaron a participar en el Foro: Modelos de Desarrollo, Espacio Urbano y Salud, con el tema “*Salud Pública en el Siglo XXI*”. En esta ocasión, los organizadores del presente evento me han convocado a indagar sobre una cuestión parecida, “¿*Quo Vadis* Salud Pública?” razón por la que algunas de las cuestiones que habíamos abordado en ese entonces pueden ser traídas ahora a colación.

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

Acompañados de esta extraña capacidad predictiva que heredamos de Descartes y sus innu-

merables seguidores, parece que sería posible derribar las puertas del nuevo siglo y visualizar el comportamiento de la salud pública en el futuro, pero considero que aquella propuesta no es tan viable para el que les habla, por algunas razones:

1. Los cambios que actualmente ocurren en el mundo son sumamente violentos, globales, y desordenan rápidamente las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales dentro de las que nos habíamos acostumbrado vivir. Antes considerábamos que, por complejas que fueran las circunstancias, siempre era posible predecir el futuro a través de la ciencia, pero ahora, ésta se abroga únicamente una capacidad previsiva. En otras palabras, la ciencia solo nos podría ayudar a prever lo que posiblemente ocurriría en el futuro con la salud pública, pero no a predecirla.
2. La salud pública es una práctica social/multidisciplina/acción estatal joven que intenta interpretar y actuar sobre los públicos o colectivos humanos con miras a promover su salud, prevenir las enfermedades y apoyar el tratamiento y rehabilitación de sus enfermedades haciendo uso de los conocimientos, saberes, prácticas y tecnologías disponibles. En esa medida, las transformaciones conceptuales, tecnológicas, sociales, políticas, culturales que actualmente ocurren en el mundo, producen grandes “desórdenes” al interior de las disciplinas aplicativas como la salud pública. Por esta razón es muy difícil

1 Ponencia presentada en el Foro de la Sociedad Civil en Salud, II Conferencia Nacional en Salud, Lima 9-11 agosto de 2004.

visualizar sus nuevos límites y características multidisciplinares, no se alcanza a entender cómo se reconfiguran sus potencialidades y limitaciones prácticas y cómo podrá dar respuesta ante las nuevas demandas que se generan desde el Estado y la sociedad. Esta situación conflictiva fue calificada por la Organización Panamericana de la Salud, a inicios de la década de los noventa, como la “crisis de la salud pública”²

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

3. El problema puede no radicar en las características contextuales generales ni en las características propias de la salud pública, sino en las limitadas potencialidades para imaginar el futuro en la misma forma en que estuvimos acostumbrados a proponerla y a hacerla. Aquella idea de que el mañana de la salud pública evolucionaría totalmente supeditado a los grandes relatos propuestos

por la modernidad revolucionaria o liberal, se ha estrellado con realidades que han demostrado su terquedad y rechazo a supeditarse a las racionalidades instrumentales de diverso tipo. En este momento no tenemos una idea clara del futuro, pero sí sabemos que la construcción del mismo se basa en las potencialidades del acuerdo que logremos las *resistencias globalizadas*³ alrededor de alternativas democráticas y diferentes de la perspectiva *globalista*⁴.

Sobre la base de las disquisiciones anteriores, permítanme recordarles a ustedes que durante las discusiones relacionadas con la supuesta crisis de la salud pública, llevadas a cabo durante los primeros años de la década de los 90 del anterior siglo, se adoptó el concepto de crisis propuesto por André Bégin⁵ como “**el momento de verdad**” (en el que el objeto se aferra al espacio actual) y **la emergencia evolutiva** (hacia un espacio potencial). Los participantes del “Grupo de Consulta sobre el Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas”, reunidos en Nueva Orleans en octubre de 1991 consideraron que la noción “crisis” podía actuar como una **idea puente** que enlaza el presente de crisis con el pasado cargado de sus determinantes, que produjeron dicha crisis, y el futuro como opción de “*riesgo y oportunidad*”⁶.

Por otro lado, la noción crisis permitió leer las interpretaciones sobre la realidad construidas por los expertos que participaban en esta reflexión. Encontramos, conforme define el mismo Bégin, que algunos pensadores se “*aferraban*

al espacio actual” y otros “*huían hacia un espacio potencial*”. Los primeros intentaban eficientizar los mismos contenidos de la salud pública convencional, cambiando algunas formas, indagando nuevas relaciones funcionales, aumentando insumos, integrando elementos. Los segundos irrumpían, conquistando nuevos espacios, dialectizando el tiempo y adjudicando nuevos sentidos. Estas últimas propuestas desgarraban y desgarran la seguridad de la salud pública e invitaban a visitar nuevos paradigmas que, para el pensamiento positivo, aparecen como peligrosas. El reto para la salud pública, -se había interpretado en ese momento- era como un peligroso caminar en un desfiladero, entre el “escila” de lo mismo y el “caribdis” de lo desconocido.

En septiembre de 1993, en la Reunión Andina sobre la Teoría y la Práctica de la salud pública desarrollada en Quito, se consideró que el reto para la salud pública en América Latina ante el ingreso avasallador del neoliberalismo, era de naturaleza eminentemente política y tenía que ver con la sobrevivencia física de nuestra gente y la defensa del valor de la vida humana. Por otro lado, se recomendaba llevar a cabo cambios metódicos en la salud pública que posibilitaran interpretar al ser humano como sujeto, como ser determinante y determinado, como productor y producto. No solo demostrar hipótesis sino encontrar el camino pertinente para viabilizar la acción. No solo desarrollar técnicas, sino que éstas tengan sentido. No únicamente procurar conocimientos, sino también construir conciencia. Se consideraba que lo fundamental radicaba en un planteamiento de unión entre muchos actores para crear públicos por la salud⁷. En otras palabras, no se consideraba en ese momento que era posible definir el camino, sino que se proponía buscar ámbitos de unión y espacios de conjugación de teorías, métodos, técnicas y vo-

luntades que posibiliten dar cuenta de los problemas de la salud colectiva.

Al fin de la década del noventa e inicios del nuevo siglo y luego de tantos *ajustes y reformas*, la situación económica y social de la mayor parte de países parece ser peor; las condiciones de salud y de servicios dejan mucho que desear, y *la mayoría de sociedades continúan manifestando su incapacidad para promover y proteger su salud en la medida que sus circunstancias históricas requieren*⁸, conforme se había definido como la característica fundamental de la “*crisis de la salud pública*”. Ante esta realidad, es posible que volvamos a retomar aquellas inquietudes levantadas a inicios de los noventa y cumplamos ahora un itinerario consistente en recordar algunos rasgos de la constitución de la salud pública como disciplina positiva encargada de la prevención de los riesgos. Este primer paso es fundamental para comprender si esta *multidisciplina – práctica social – función estatal*, llamada salud pública, puede continuar dando cuenta de los nuevos requerimientos que propone esta sociedad signada por el cambio, lo cual, a su vez, nos posibilitará reflexionar sobre algunos requerimientos teóricos y prácticos para nuestro quehacer en este campo, apoyando la forja de una salud pública comprometida con la vida y la solidaridad.

Las reflexiones que presento son parte del trabajo desarrollado con las maestrías de salud pública del Ecuador y algunas del Área Andina, con algunos compañeros de la OPS/OMS, y más específicamente con la Maestría de la Universidad Nacional de Loja - UNL, la misma que interpreta que la coyuntura actual reclama de la salud pública un pensamiento lo suficientemente amplio para interpretar y explicar la situación actual de salud y de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y salud cada vez más dete-

2 Organización Panamericana de la Salud, *La Crisis de la Salud Pública*- OPS, Washington, 1993.

3 Amin Samir y Houtart Francois (editores). *Globalización de las resistencias*. Barcelona: Iaria, 2003.

4 Por *globalismo* Beck entiende “la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político; es decir la ideología del liberalismo”. Beck Ulrich. ¿Qué es la globalización? Barcelona: Editorial Paidós, 1998.

5 Bégin André. y Morín Edgar. El concepto de crisis- traducción de Communication, No 25, 1979, Buenos Aires, Argentina. Mencionado por Ferreira José Roberto. Discurso de Apertura de la Reunión “Grupo de Consulta sobre el Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas”- New Orleans, Luisiana, Estados Unidos, OPS/OMS, 1991.

6 OPS/OMS.- “Salud Pública: Hacia un espacio Potencial” En. *La crisis de la Salud Pública*- Op.cit.

7 Escuela de Salud Pública del Ecuador - OPS/OMS en el Ecuador.- *Salud Pública: Ciencia, Política y Acción*- ESP, Quito, 19993.

8 OPS/OMS.- *La crisis de la Salud Pública*- Op. Cit.

rioradas de las mayorías poblacionales, promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un Estado democrático coherente con estas necesidades y derechos, el mismo que a su vez, debe ser capaz de tejer redes de cooperación internacional en este campo. 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 los niveles de salud de la población ecuatoriana. En esa medida, existe la idea de que la salud pública tradicional tiene muchas limitaciones pero que algunos conceptos, métodos y técnicas pueden ser utilizados críticamente, con miras a forjar una propuesta acorde con los requerimientos actuales.

A inicios de la década de los 90, la Universidad Nacional de Loja se unió al esfuerzo latinoamericano por indagar el pasado con miras a dar respuesta a la “*crisis de la salud pública*”, 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 úti-

les 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 cientificistas. De todas maneras, también se visualizaban 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 un tanto informe.

Al mirar hacia inicios de siglo XX, pudimos definir algunas características de la salud pública convencional a la que la denominamos *enfermología pública*⁹, que 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; y,
- 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 han tenido mayor fuerza durante el siglo XX, oponiéndose a otras propuestas, como por ejemplo aquella generada por el movimiento europeo de la Medicina Social, que reconocía

que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población¹⁰. 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 produjeron grandes reformulaciones las distintas propuestas reconocidas por Arouca como *preventivistas*¹¹; por el contrario, fortalecieron ese paradigma o metáfora¹²; 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”.¹³

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

Ante el “éxito” de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, también se consideró a principios del siglo XX, que era posible construir una “*enfermología social*” llamada “*salud pública*”, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, 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 *maquina corporal*. En esa medida, la salud pública podría *salirse* del cuerpo humano y encontrar las causas que podrían causar las enfermedades en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos. 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.

Ahora bien, la medicina clínica tiene como fin fundamental *curar*, y en esa medida acepta -al constituirse como disciplina científica-, centrar

9 Granda Edmundo. *La Salud Pública y las Metáforas sobre la Vida*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 18(2):83-100, julio - diciembre de 2001

10 La propuesta de Virchow consistía en una reforma social radical que, en términos generales, comprendía “*democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad*”. En: Rosen George. *Da policia Médica a Medicina Social*. Rio de Janeiro: Editorial Graal, 1979.

11 Arouca Sergio. *O dilema preventivista: contribuicao para a comprensao e crítica da medicina preventiva*. UNICAMP (Tesis de doctorado)

12 Passos Nogueira Roberto. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio: Qualitymark Editora Ltda. 1994.

13 Foucault Michael. *El Nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI, 1966, p. 276.

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, a través del cual organizaríamos un centro o Estado soberano, el mismo que, fundamentado en el conocimiento científico, podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos, brindar la felicidad a todos; y, en el campo de la salud, explicar los riesgos, prevenir las enfermedades colectivas y organizar los servicios para la curación de las enfermedades.¹⁴

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 la que puede hacer una aproximación naturalista o positivista. La aproximación positivista permite leer la realidad de esos *objetos* a través de la *razón tecnológica*¹⁵ o *razón instrumental*¹⁶ conforme corresponde a cualquier cosa u objeto que no es *autopoiético*¹⁷, 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, a través de su accionar, logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la verdad de la ideología científico-tecnológica, con el fin de prevenir los

riesgos de enfermar de la población a su cargo. La salud pública pasa a ser una buena expresión de una disciplina científica moderna, una forma de orden del mundo, y a su vez la enfermedad de la población es transformada *en objeto de la ciencia, pasible de intervención, de transformación, de modelación, de "producción"*¹⁸.

A través de su accionar *interventor técnico - normativo*, el salubrista requiere:

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

El salubrista del siglo XX estaba encomendado, entonces, a velar por la *salud* del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de en-

fermar de la población a su cargo; debía observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debía intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no solo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica, sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular, siempre riesgosa. Esa es la salud pública que heredamos del siglo XX, la misma que parece no tener la fortaleza para dar cuenta de los retos actuales. Esa salud pública supervive con problemas y busca nuevos derroteros, pero aquellos se configurarán de manera distinta, dependiendo de la forma como engarcemos nuestras voluntades, conocimientos y prácticas para criticarla, conservarla y superarla. En otras palabras, parece que se han esfumado los modelos únicos, científicamente probados, políticamente sancionados o económicamente perfectos para construir la salud pública soñada, parece más bien que nos hallamos en un momento en que es posible diseñar propuestas alternativas que tengan sabores culturales particulares pero que rescaten e integren los productos universales científico-tecnológicos para utilizarlos con miras a mejorar las condiciones de salud y vida, así como para prevenir y curar la enfermedad. Ante la pregunta de ¿*Quo vadis* salud pública? generada por los organizadores de este Foro, parece que la contestación radica en las posibilidades de engarce de nuestras ideas y acciones individuales y particulares para construir respuestas generales en el campo de la salud. Nos encontraríamos, por lo tanto, en un momento de volver los ojos hacia las prácticas humanas, hacia la ética y derecho humanos para construir aquella *disciplina/práctica/función* estatal llamada salud pública, entregando menos importancia a la idea de que la razón instrumental y la ciencia nos dibujará el camino, o que la total supeditación de la sociedad a la política definirá la única alternativa para cruzar el río de la irracionalidad, o que la supuesta razón instrumental del mercado propiciará la única vía para llegar

14 Granda, E. Sujeto, *Ética y Salud. Salud Pública Experiencias y Reflexiones* 1997; 3:46-61.

15 Ayres José Ricardo. *Epidemiología e Emancipacao*. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, pp. 67 -85

16 Habermas Jürgen. *Teoría de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus, 1992

17 Maturana Humberto y Varela Francisco. *El Árbol del Conocimiento* (novena edición). Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1993.

18 Luz Madel. *Natural, Racional, Social*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p.32

al cielo saludable. Parece que, ante tanto peso y devoción entregados a lo estructural o sistémico, ahora nos encontramos empeñados en analizar y comprender la acción individual y social para estructurar propuestas que abran un juego dinámico entre acción y estructura. La nueva salud pública deberá ser construida, como dice Jairnilson Paim, como “proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte”¹⁹ y no como un epifenómeno de la verdad científica y del poder del Estado.

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 reconozca 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 viable, 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 *magos y exorcistas sobre el riesgo y la enfermedad públicos*, ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía, transformándose en un intermediario 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 de detenimiento en trabajos anteriores²⁰. Tan solo recordemos dos elementos importantes:

1. **El Estado** entra en una profunda crisis; su autoridad y legitimidad son cuestionadas y se debilita su carácter soberano. El Estado tiene problemas en ser el representante de la Nación, para más bien transformarse en un intermediario estratégico²¹ entre el capital globalizado, las instituciones internacionales

y multilaterales y los poderes regionales y locales descentralizados. Daniel Bell dice: “La nación parece como muy pequeña para resolver los problemas grandes y muy grande para resolver los pequeños”, mientras que David Held sostiene que: “...la capacidad de los Estados en un entorno internacional que se torna cada vez más complejo cercena estas dos cosas: la autonomía estatal (en algunos ámbitos de manera radical) y la soberanía estatal”²².

Parece que el poder ha desaparecido, pero no es así; ha estallado y se ha afincado en la cultura, diluyendo o debilitando las formas organizativas anteriores: partidos políticos, gremios clasistas y expresiones ideológicas. De la época en que el poder fluía desde las instituciones políticas, vamos pasando a un mundo donde el poder está en el propio flujo, el mismo que puede ser capitalizado para bien o para mal, por líderes que entienden su movimiento y pueden, al mismo tiempo, interpretar la cultura de las masas.

El poder instrumental del Estado de la primera modernidad se ve minado por el globalismo económico, la globalización de la comunicación y la globalización del crimen. También se halla debilitado por el juego vicariante ejercido por las organizaciones, eventos, comunidades y estructuras transnacionales²³ y por los requerimientos del multilateralismo ante el incremento de la tecnología de guerra²⁴, así como por el fortalecimiento de los gobiernos locales y las identidades de diversa naturaleza. Es por esta razón que, desde diferentes ámbitos, se habla sobre la

necesidad de una nueva teoría del Estado que posibilite la reconstitución de su autonomía y su soberanía. Al respecto, Beck²⁵, al igual que Soros²⁶ -hasta hace poco tiempo exégeta del *globalismo*-, consideran necesaria la inmediata implementación de medidas regulatorias internacionales que impidan la expoliación del Estado y la sociedad por parte de las empresas transnacionales.

Con todos estos cambios a nivel de la política, cabe preguntar: ¿Dónde queda la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud? Para el *globalismo*, el Estado debe retirarse del bienestar social porque pertenece al ámbito de lo privado: la familia, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. El Estado solo debe hacerse cargo de lo público, ahora interpretado como lo que tiene externalidades, y brindar servicios únicamente para los comprobadamente indigentes.

El neoliberalismo propone, entonces, remercantilizar los servicios de salud y fundamenta sus razones, como indica Cristina Laurell, en la “escasez de los recursos públicos, en la inequidad e ineficacia del sector público... y en el ataque a los grupos organizados de la sociedad, en especial a los sindicatos o a las corporaciones, con el argumento de que ejercen una presión ilegítima sobre los gobiernos para apropiarse de una parte desproporcionada de los fondos públicos y generar así la inequidad”²⁷.

La pregunta actual es: ¿el Estado nacional está ineludiblemente condenado a desaparecer o a transformarse en un intermediario de

19 Comunicación personal.

20 Granda Edmundo. *Salud: globalización de la vida y de la solidaridad*. Saúde em Debate. 24(56):83-101. Granda Edmundo y col. Salud pública: hacia la ampliación de la razón. En: *La medicina al final del milenio*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1995.

21 Hirst y Thompson sostienen que *las formas emergentes de gobierno de los mercados internacionales y otros procesos económicos envuelven la mayor parte de gobiernos nacionales pero en un nuevo rol: los Estados pasan a funcionar no tanto como una entidad “soberana” y más como componentes de la “política” internacional. La función central del Estado - nación llegará a ser aquella de proveer legitimidad y asegurar el buen funcionamiento (accountability) de los mecanismos de gobierno supra - nacionales y sub - nacionales*. En: Hirst P. and Thompson G. *Globalization in Question: the International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge: polity Press, 1996.

22 Held David. *Cosmopolitan Democracy*. Mencionado por Beck, Ulrich. ¿Qué es la globalización? Barcelona: Editorial Paidós, 1998, p.65.

23 Rosenau James. *Turbulence in World Politics*. Brighton: Harvester, 1990, p 17.

24 Castells Manuel. *The Information Age: Economy, Society and Culture*, volume II, *The Power of Identity*. Oxford: Blackwell, 1997, pp.262 - 266.

25 Beck Ulrich. ¿Qué es la globalización?...Op. Cit.

26 Soros George. *La crisis del capitalismo global*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1999

27 Ibid

las empresas transnacionales? O en su defecto, ¿es posible reconstruir su poder en una versión democrática? Ya que la única forma de alcanzar una razonable globalización radical, según Beck, radica en crear “procesos en virtud de los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclen e imbriquen mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios”²⁸. Personalmente, considero que lo segundo aparece como el comedido que desde todos los planos -incluido el de la salud pública- debe ser impulsado, para disminuir los estragos del *globalismo* economicista neoliberal y encontrar alternativas más democráticas para la sociedad y para la salud pública.

2. El poder de la identidad. “El espacio social y político se vacía o se desploma, dominado por un lado por las realidades técnicas y económicas y, por el otro, por la presión de los nacionalismos o los integrismos y los problemas de la vida diaria”, nos dice Touraine²⁹. A primera vista da la impresión de que lo que plantea el autor no fuera verdad; parece más bien que estaríamos viviendo en un mundo hecho exclusivamente de “mercados, redes de individuos y organizaciones estratégicas, aparentemente gobernados por patrones de ‘expectativas racionales’, excepto cuando estos ‘individuos racionales’ inesperadamente disparan a su vecino, violan una niña o lanzan gases tóxicos en una estación de metro”³⁰. O lo que cuenta Saúl Franco en su libro sobre la violencia en Colombia “*El Quinto: No Matar: Merece destacarse el hecho de una especie de autogeneración de la violencia, de una inercia muy fuerte que hace que cada*

vez sea de esperarse más y más violencia. La banalización y cotidianidad de la violencia, el acostumbamiento de los actores a matar y del conjunto de la de la sociedad a ver matar...”³¹.

Los dos extremos: una sociedad totalmente organizada por obra y gracia de la racionalidad instrumental y la informática, el “Mundo Feliz” de Huxley, y en el otro extremo los claros signos de un total desenfreno y pérdida de humanidad. Pero también es posible encontrar otras expresiones de identidad que se han formado a través de la resistencia y que actualmente pasan a conformar identidades proyectivas que intentan organizar nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas de globalidad. Hablo de los movimientos de resistencia feministas que ahora se proyectan como movimientos genéricos que proponen formas generales de vida más humanas, que luchan porque las diferencias de género no se transformen en inequidades. Movimientos genéricos que proponen políticas de carácter personal, donde lo privado y lo público borran fronteras. También me refiero a movimientos nacionalistas que caminan hacia la construcción de instituciones políticas y nuevas formas de soberanía. Movimientos étnicos que, habiendo nacido desde la resistencia a la opresión, convocan más tarde a otras identidades también dominadas. Medio-ambientalistas que se engarzan en luchas ecológicas más amplias y plantean la integración de la humanidad con la naturaleza. Movimientos religiosos que buscan la realización individual en el absoluto, pero también intentan ver al otro y comprender sus aspiraciones. Nuevos movi-

mientos obreros que hacen propuestas organizativas y políticas más autónomas.

Los nuevos movimientos sociales buscan construir sujetos que puedan integrar en su vida su yo con todo su recuerdo cultural, pero también puedan ver al otro, construir un *no-sotros* y luchar contra la opresión³². Plantean integrar lo subjetivo con lo racional, unir la cultura y la ciencia para la vida, mientras no aceptan el dominio de la vida por la ciencia y la técnica. Oponen la cultura dominante de la realidad virtual con su propio recuerdo y experiencias; definen y defienden su espacio contra la lógica de la ausencia de espacio que caracteriza esta época y usan la información tecnológica para la comunicación horizontal mientras se niegan a desarrollar una nueva idolatría alrededor de la tecnología.

Parece que en este momento hablan y gritan con más fuerza las “tribus” excluidas que intentan transformarse en sujetos sociales, públicos organizados o movimientos sociales. “Tribus” que en un comienzo oponen y resisten la agresiva exclusión por parte de la Red, más tarde construyen su identidad al margen de esa red excluyente y, por último, muchas de ellas proponen y convocan a buscar salidas más solidarias. Siempre parten del reconocimiento de sentidos diversos, hablan lenguajes distintos y, se mueven con racionalidades diferentes, pero todos esos sentidos, lenguajes, racionalidades y acciones surgen de su experiencia inmediata vulnerable, de su mundo comunal amenazado, de su vida diaria conflictuada, de sus identidades desgarradas.

El *globalismo* engendra sus propios retos y sus opositores en la forma de identidades de resistencia o proyectivas. De esta manera, se forja un nuevo tipo de poder que ya no se halla únicamente localizado en los viejos receptáculos representados por el Estado y las instituciones tradicionales, sino que se halla en las propias redes de relaciones que conforman los movimientos sociales a través de los que se expresan las identidades. En esta forma, el poder ya no fluye de contenedores, sino que el poder se halla en el flujo. Pero el flujo que al mismo tiempo es poder, radica en la propia vida de las poblaciones y en sus imaginarios, razón por la que las identidades que, por lo general, tejen relaciones entre la naturaleza, la historia, la geografía y la cultura, producen procesos duraderos aunque silenciosos, batallas que en muchas ocasiones no se sellan con éxitos sino con mayores y más amplia dosis de vida.

Después de 1999, fecha del Otro Davos y de Seattle, la globalización de las resistencias han tomado mucha fuerza. La constitución del Forum Mundial Social de Porto Alegre es una de las manifestaciones más importantes, pero no dejan de tener gran visibilidad los Forums continentales de Bamako, Quito, Florencia, India, Manaus. A través de todas estas convocatorias, es posible sugerir que la *sociedad civil de abajo*, conforme la denomina Francois Houtart³³, profundiza y amplía sus resistencias. En otro campo, la globalización de la oposición ante la guerra desatada por Estados Unidos contra Irak, también constituye una muestra de profunda oposición a la renovada propuesta de dominio imperial.

28 Beck Ulrich. ¿Qué es la globalización?, Op. Cit.

29 Touraine Alain. ¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: El Destino del Hombre en la Aldea Global. México: Fondo de Cultura Económica, 1998, p.297

30 Castells Manuel. The Information Age: Economy, Society and Culture, volume II, The Power of Identity...Op.Cit.

31 Franco Saúl. *El Quinto: No matar*. Santa Fé de Bogotá: Tercer Mundo, 1999.

32 Touraine Alain. ¿Qué es la democracia? Madrid: Atenea, 1994.

33 Houtart Francois. *La Dimensión Social*. En: Globalización de las Resistencias. Barcelona: Icaria Editorial, 2002.

Me parece que desde la salud pública, ante el debilitamiento del Estado pero con la insurgencia de los nuevos movimientos sociales y *globalización de las resistencias*, se abre un reto diverso. Debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas 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. La salud pública del siglo XX requirió de *interventores salubristas técnico-normativos*, y no podía ser de otra forma, ya que pensábamos que la razón científica y tecnológica organizada bajo el poder del Estado era la única que podría sujetar, desde afuera, el irracional comportamiento humano y desarrollar un mundo de salud y racionalidad. La salud, entonces, la alcanzaríamos mediante nuestra intervención salubrista fuerte y sapiente sobre una población transformada en objeto. A los inicios del presente milenio y desde hace un buen rato ya no podemos sustentar aquello, y reconocemos que más vale *interpretar* las acciones vitales humanas diversas, aprender de ellas para organizar una acción *mediadora* con la ciencia, la economía y la política, con miras a impulsar la salud poblacional.

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:

La salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mien-

tras 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 la enfermedad.

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, hacia la necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida, sin descuidar las primeras
- b) su costumbre de ver objetos, hacia el intento por mirar sujetos
- c) su compromiso con la función *sanitarista* del Estado, hacia 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 forma parte del conocimiento científico acumulado (es decir 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 del Foucault, “*el individuo es suprimido, es barrido como evidencia; o, como dice Madel Luz, la cuestión de la vida... es transformada en metafísica*”³⁴ Así también, con la *enfermología pública*, los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica, y en esa medida, ni la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas pueden jugar ningún papel; son ellas las que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral. Por otro lado, las prácti-

cas 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*³⁵.

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 autopoiéticos³⁶, 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*”³⁷
- 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 a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio³⁸; 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*”.³⁹

Reflexionemos sobre los puntos anteriores:

El Método: Si la salud es la capacidad de autonormatizar el buen funcionamiento corporal y psíquico, entonces podremos hablar de una normatividad biológica común para la especie, pero también existirá una normatividad cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Existirá además una normatividad individual propia de cada persona, producto de su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente. Si es así, la salud pública alternativa comienza a preguntarse sobre cómo proceder para transformarse en intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

Lo anterior está llevando a la salud pública a pensar que el método científico positivista basado en la idea de la *verdad* universal a través de la *mathesis* o *comparación de las cosas en el mundo*⁴⁰ deberá dar paso a una propuesta metódica que también considere las *verdades* particulares

34 Ibid, p. 88

35 Granda Edmundo. *La Salud Pública y las Metáforas...*Op. Cit.
36 Maturana, H. y Varela. *El árbol del...* Op. Cit.
37 Maestría de Salud Pública de la UNL 1997-1999. Plan de Estudios. Loja: Universidad Nacional de Loja, 1997.
38 Nietzsche, Wiener, Von Glaserfeld, McCulloch, Von Foerster, Maturana, Heiddeger, Varela, Echeverría, Foucault, Habermas y muchos otros elaboran propuestas epistemológicas y ontológicas distintas que ofrecen alternativas interesantes para tratar esta problemática.
39 Almeida Filho Naomar. y Silva Paim Jairnilson. La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales; 75:5-30.
40 Ayres José Ricardo. *Epidemiología y emancipación...*Op. cit.

y diversas, ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano conservan su capacidad de instituir nuevas normas. Esta forma de ver complejiza los métodos de investigación tradicionales utilizados por la epidemiología y fundamentados en una visión de riesgo, al verse obligados a diferenciar la susceptibilidad grupal e individual y la acción de los factores asociados al problema que se intenta estudiar⁴¹. 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 complejidad⁴², mientras que Roberto Passos Nogueira insiste en actualizar aquella idea illichiana constante en la *Némesis Médica*, de que la salud constituye “una capacidad autónoma de lidiar, una capacidad de hacer con autonomía, en una lid permanente contra las dificultades del propio organismo y del medio ambiente. La salud tiene que ver, por un lado, con los ajustes que cualquier animal opera en relación a su medio, y, por otro lado, con la creatividad espontánea del ser humano socializado que es siempre capaz de inventar formas de vivir mejor”.

La investigación relacionada con el accionar en salud pública demanda así también una aproximación interpretativa y al mismo tiempo explicativa. A través de la aproximación interpretativa, la salud pública intentará descubrir las diversas formas de comportamiento humano de los individuos y grupos que participan tanto en la

oferta cuanto en la demanda de las acciones de salud, mientras que a través de la aproximación explicativa, intentará dar cuenta del funcionamiento estructural constituido por normas y recursos⁴³.

El Tiempo y el Sujeto: La salud pública alternativa también está repensando sobre el tiempo en forma muy diferente a aquella que 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 mundo⁴⁴. 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.*”

La salud pública alternativa tendría que necesariamente aceptar la temporalidad, y en esa medida, está compelida a entender que los planteamientos requeridos para la superación de la salud no se encuentran únicamente en la construcción de una *ciencia* representativa de

toda la supuesta verdad, y en un Estado o centro intérprete y legislador de toda normatividad necesaria para lograr la salud; sino que la acción fundamental radica en la constante e infinita normatividad que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y en su acoplamiento consensual⁴⁵, acción que la salud pública debería constantemente interpretar y reinterpretar. Recordemos con Touraine que “*el sujeto, no constituye sino aquel esfuerzo del individuo por ser actor, por obrar sobre su ambiente y crear de este modo su propia individuación*”⁴⁶. La construcción del sujeto es, entonces, la construcción de la propia personalidad, y al mismo tiempo la constitución de la socialidad y politicidad del mundo objetivo en el que vive, que es tal por la objetivación y subjetivación del individuo. En otras palabras, el actor es tal, no porque pertenece a un grupo u organización cualquiera, sino porque, a través de su individuación, puede construir un puente entre el mundo instrumental y su identidad, dando un especial tinte a su subjetividad y a la objetividad. La salud pública podrá ganar efectividad en la medida en que sea no solamente un producto científico, sino en la medida en que sea un producto de la objetivación humana, pero al mismo tiempo apoye la propia subjetivación individual y social.

La salud pública alternativa también requiere interpretar el futuro en forma distinta a la clásicamente estatuida: es decir, no puede aceptar la evolución como un hecho necesario, previamente establecido por las leyes objetivas dentro de un universo cerrado. Si la propia vida tiene una capacidad autonormativa o autopoietica, entonces el universo siempre es abierto y la evolución es más bien el resultado de una *deriva*

natural, conforme lo sustentan Varela y Maturana⁴⁷, 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*”⁴⁸. Esto es importante, porque cada día aparece con más fuerza la idea de primero mirar el presente para interpretar la vida de los organismos y poblaciones y explicar la forma en que emergen las propias normas de la sociedad, del organismo o del cuerpo.

Si la norma se halla ubicada en la vida misma del organismo y en la acción o vida social, es difícil recomendar que el presente se supedite a una imagen del futuro elaborada con cualquier teleología de tipo cientificista, porque para una proyección donde se pone como eje la vida, todas las predicciones se transforman en previsiones relativizadas por la fuerza de las normas que emergen en el presente por la dinámica de la materia o por la capacidad autopoietica natural o social. Entonces la seguridad del futuro únicamente será posible construirla a través de la acción que se desarrolla aquí y ahora,⁴⁹ proponiendo una visión de futuro diferente.

El Espacio: La salud pública alternativa, creemos, debe proponer una interpretación diferente no solo del tiempo, sino también del espacio. La expresión *aquí y ahora* considera la noción de lo local como ámbito privilegiado para el pensamiento y la práctica. En la localidad sería más factible descubrir los rasgos característicos de la vida que se teje como acción social. La reinterpretación del espacio obliga a la salud pública a poner especial consideración sobre la descen-

41 Castiel David. *O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994, p. 158.

42 Almeida Filho Naomar. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

43 Granda Edmundo, Puente Eduardo, Mayorga José, Segovia Rocío. Salud Pública: Acción, Vida Y Conocimiento: Taller de investigación en Salud Pública. Quito, Poligrafiados de UCE/UNL, 2001.

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

45 Maturana Humberto. y Varela Francisco. *El árbol...* Op. Cit.

46 Touraine Alain. *Igualdad y Diversidad: las Nuevas Tareas de la Democracia*. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 1998.

47 Ibid.

48 Giddens, A. Entrevista...

49 Rovere Mario. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington: OPS/OMS, 1993.

tralización como una alternativa para acercar al sujeto individual y social al ejercicio de mayor poder sobre la planificación y ejecución de las acciones en este campo. Un especial cuidado deberá entregarse en prevenir la ruptura de la integralidad del quehacer en salud que suele suscitar algunas experiencias de descentralización, así como el descuido por parte del Estado central hacia las áreas descentralizadas, o la dominación del espacio de la salud descentralizado por parte de intereses económicos o poderes extraños.

La ampliación de la razón: 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”⁵⁰ con lo cual se reconoce que el “pienso, luego existo” es posterior al “acciono, luego existo”, conforme propone Heidegger⁵¹, o al “distingo, luego existo” del que habla Von Glaserfeld⁵².

La salud pública alternativa nos lleva a reconocer y dar importancia a otras racionalidades, y en esa empresa, también se reconoce que el obrar se acompaña de una *conciencia práctica*⁵³ y por lo tanto, también es racional aún 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 de *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 comporta-

mientos 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 culturas⁵⁴. La ampliación de la razón nos lleva, por otro lado, a reconocer que la *verdad* científica no es necesariamente buena, sino que lo adecuado tiene que siempre ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo, establecemos que es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico⁵⁵.

La Ética y los Derechos Humanos: Si la razón instrumental creada por el pensamiento occidental ya no es aceptada como *la única verdad* sino como una explicación de la realidad, la misma que es más factible de ser descubierta por el accionar humano diverso, local, complejo y temporal, se desprende que para encontrar la *verdad* sobre la salud es fundamental volver sobre la identidad, sobre el sujeto, sobre el organismo. Por otro lado, el surgimiento de nuevas identidades o actores sociales cuya identidad se encuentra más íntimamente relacionada con su ser, con su cultura, con su presente y con su recuerdo, diferenciándose del ciudadano moderno cuya identidad se hallaba mayormente relacionada con el hacer y con el futuro, entonces la salud pública tiene necesariamente que comprometerse con el derecho de cada uno de adquirir y mantener el control sobre su propia existencia. La salud pública alternativa ya no requiere a la filosofía de la historia, puesto que ya no dispone de una imagen de mundo mejor construida con la razón instrumental, sino que requiere tomar

recurso de la ética en cuanto propuesta de autonomía, de justicia individual y social, de beneficencia, de no maleficencia, como un importante requerimiento para defender aquí y ahora los derechos de hombres y mujeres, de niños y viejos.

La globalización del riesgo: La manera como nos hemos relacionado con la naturaleza durante el industrialismo y la forma en que estamos procediendo en el *globalismo* genera grandes peligros de destrucción para los procesos vitales naturales y sociales: piénsese en la catástrofe de Chernobyl, el hueco en la capa de ozono, el calentamiento del globo terráqueo, etc.

Parece que con la ciencia y la técnica hemos triunfado y ahora vivimos la muerte de la naturaleza; es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es. Como afirma Giddens: “...muy recientemente, en términos históricos, comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que hemos hecho con ella”.⁵⁶ El problema radica en que la acción humana siempre ocurre en medio del desconocimiento de algunas condiciones requeridas para esa acción, y tampoco es posible controlar todas las consecuencias no deseadas de nuestro accionar. De allí, que en este momento vivamos lo que Ulrich Beck denomina la “Globalización de los efectos secundarios o consecuencias no intencionadas”⁵⁷.

La salud pública Alternativa tiene necesariamente que tomar en consideración este hecho; tiene que cambiar su forma de mirar a la naturaleza no como objeto a ser intervenido, sino como sujeto dialogante, con el fin de descubrir su racionalidad inherente y diversa. De la aproximación únicamente explicativa y utilitaria, tiene necesariamente que pasar a una aproximación interpretativa.

La sociedad del riesgo: Los riesgos manufacturados no solamente se relacionan con la naturaleza; también se extienden a la vida social, impactando las bases culturales de nuestra existencia. Actualmente es posible registrar grandes cambios en los roles del hombre y de la mujer; importantes transformaciones en las relaciones de pareja, que cuestionan al matrimonio y a la familia tradicionales, y conceptos y prácticas distintas alrededor del trabajo, la economía, la moral, el arte, la comunicación, (los mismos que obligan a las personas a vivir en constante riesgo y a enfrentar futuros mucho más abiertos que antes). Juntamente con las transformaciones del mundo familiar, se suma en nuestro *cuarto mundo* la necesaria migración de la fuerza de trabajo en busca de sustento, con lo cual se rompe aún más los lazos de solidaridad y apoyo tradicionales.

Pero además, las relaciones de producción en este nuevo mundo del capital han cambiado, conduciendo a un notable incremento de la desocupación y fragmentación del trabajo, en un momento en que también se debilitan o desaparecen los espacios e instituciones solidarias y la protección ante el desempleo.

El *globalismo* no solo genera desocupación, sino que también produce inmensos bolsones de exclusión social e indigencia que, como Castells afirma, constituyen verdaderos “agujeros negros” que son completamente innecesarios dentro de la red productivista y competitiva. Las estadísticas son espantosas: “*el quintil más pobre del mundo ha reducido su participación en el presupuesto mundial del 2,3 al 1.4 en los últimos diez años; el quintil más rico ha incrementado en cambio del 70 al 85% en el mismo tiempo*”;⁵⁸ mientras que en algunos países de América Latina el 10% más rico de la población recibe 84 veces los ingresos

50 Maturana Humberto y Varela Francisco. *El Árbol del...* Op. Cit.

51 Heidegger, M. *El Ser y el Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

52 Von Glaserfeld. *Distinguishing de Observer*- <http://www.oikos.org/vonobserv.htm>, 1999.

53 Giddens Anthony. *Central Problems in Social Theory*. Berkeley: University of California Press, 1979.

54 González Max. *Educación, Universidad y Postmodernidad*- Poligrafiados de la UNL, Loja, 1999.

55 Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS han 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*.

56 Giddens Antony. *Globalization*. Op. Cit.

57 Beck Ulrich. *The Reinvention of Politics*. Cambridge: Blackwell, 1997

58 Giddens Antony. *Globalization*, Op.Cit.

recibidos por el 10% más pobre⁵⁹. Conjuntamente con esta problemática, en el capitalismo informatizado cada día aparecen nuevas redes de comercio criminal que cubren más áreas y poblaciones, por lo cual es posible hablar de una globalización de la violencia, de la corrupción y del delito.

El nuevo mundo del que estamos hablando, está produciendo sin lugar a dudas un incremento de la inequidad, polarización de las poblaciones y creciente exclusión social, reemergencia de enfermedades antiguas que se suman a las nuevas. La salud pública tiene necesariamente que comprender que el riesgo que anteriormente se ubicaba en la naturaleza externa, hoy claramente es el propio producto de la razón y de la organización *globalista* dominante. La salud pública está en la obligación de entender que su posibilidad de apuntalar la salud y la vida ya no depende tanto de mejorar los medios, sino de apoyar la reorganización de los fines. La salud pública se encuentra ante la necesidad de cuestionarse si el eje de su preocupación radica en las intervenciones más o menos racionales que puede llevar a cabo, o en su potencialidad de apoyar el empoderamiento de los individuos y grupos que pueden apoyar aquella reorganización de los fines humanos.

Es interesante reconocer que salud pública alternativa requeriría comprender la salud pública desde la vida misma y no solo desde el cálculo del riesgo que ocurre por fuera y antes de que la *máquina corporal* enferme. El riesgo se internalizaría y se encontraría ubicado en la propia vida del individuo y del grupo, con lo cual la salud pública se imbricaría con el afán de construcción de la identidad individual y colectiva. Una de las maneras de promover la salud radicaría en que la población aprenda a conocer y manejar los riesgos, más que querer dominarlo todo, porque lo que con seguridad hemos aprendido en esta

época de increíble desarrollo científico es que, como habíamos dicho anteriormente, existen condiciones de la acción humana desconocidas y consecuencias de la acción no deseadas, debido a lo cual es más complejo calcular los riesgos manufacturados, siendo necesario que todos construyamos la acción a través del acuerdo intersubjetivo, opuesto siempre al poder *globalista* que más amenazas trae para la salud.

La estructura 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 mismos que debían ser *exorcizados* por una salud pública cientificista y normativa montada sobre el aparato estatal.

El imaginar que la salud ocurre por el propio hecho o acción de vivir, es sin lugar a dudas refrescante, porque realza el carácter autopoietico del ser vivo, pero es al mismo tiempo peligroso que este pensamiento libre de toda atadura nos lleve a generar imágenes de organismos particulares que supuestamente existen al margen del 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 interpretar y obrar sobre las estructuras que potencian o restringen el desarrollo de esas acciones sociales. En esa medida, la salud pública tiene que mirar la acción y 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 estructuración de las prácticas sociales saludables y deteriorantes, esto es, comprender y explicar “*cómo la estructura es constituida por la acción, y recíprocamente, cómo la acción es constituida estructuralmente*”⁶⁰ 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*”⁶¹. 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 vehiculizados por los poderes que se reproducen en esa interacción. Al respecto, Giddens opina que “*todo orden cognoscitivo y moral es al mismo tiempo un sistema de poder, que incluye un horizonte de legitimidad*”⁶². 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 tanto 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*” preconizadas por la Organización Panamericana de la Salud⁶³ 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 función estatal. En otras palabras la propuesta de las “*Funciones Esenciales de la Salud Pública*” parece, paradójicamente, interpretar que la vida y la salud solo son posibles de lograr a través del fortalecimiento del *control* por parte 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 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 ambi-

59 Organización Panamericana de la Salud. Disparidades de Salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS/OMS, 1999.

60 Giddens Anthony. *New Rules of Sociological Method* (2nd edition). Stanford: Stanford University Press, 1993.

61 Marx Carlos. *El Dieciocho Brumario*. México: Editorial Cartago. 1972.

62 Giddens Anthony. *New Rules...* Op. Cit. p. 193.

63 OPS/OMS. *Las funciones esenciales de la Salud Pública*. Washington: OPS/OMS, 2002.

to 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”.⁶⁴

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.⁶⁵

Pero además, es fundamental que recordemos que el accionar en el campo de la salud pública, conforme lo reconoce Mario Testa,⁶⁶ se desarrolla en un doble movimiento de determinación - constitución y de significado - sentido. En otras palabras, es fundamental que la acción en salud pública obre con un criterio de búsqueda de las determinaciones de su objeto de estudio, esto es, descubra las “fuerzas positivas que establecen los límites dentro de los cuales puede ocurrir el fenómeno”. Además, en la acción en salud pública, el salubrista se construye en cuanto sujeto, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, sujeto público, para, por último, reconstituirse como sujeto de la vida comprometido con el cambio

requerido. Para hacerlo, el salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con el que se encuentra, y que por lo general se consolida en cuanto estructura, pero a su vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido. El juego de sentido-significado-determinación-constitución es un juego complejo capaz de caminar con algún éxito entre el *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, como hemos dicho anteriormente, han avanzado notoriamente, y plantean la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica a través de la inmersión directa del cientista social con la población y en su mundo de la vida, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Pero además, las ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia.

El mundo en el que se mueve el salubrista es un mundo que está dado⁶⁷ 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 Maturana⁶⁸; 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 Castiel⁶⁹.

Esta situación complica aún más la “efectividad operacional en el dominio de la existencia”⁷⁰ (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 Filho⁷² en su obra “La ciencia tímida”. 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 Ayres⁷², quien a su vez recomienda una aproximación regida por el concepto *cuidado* para alcanzar aquello que él denomina *logro práctico*, en contraposición al *éxito técnico* que aparece como unilateral e incompleto; mientras que Testa nos habla de la necesidad de una aproximación *amorosa*. En otras palabras, la salud colectiva o salud pública alternativa estaría buscando que “*aquel camino trágico para la humanidad, -del que nos habla Madel Luz- en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adiós*”, se vuelvan ahora a encontrar⁷³.

Ante la complejidad de la acción-conocimiento por parte del salubrista, es fundamental, entonces, recurrir a aquella doble hermenéutica de la que nos habla Mario Testa, comenzando por una hermenéutica 0 (cero) centrada en el lenguaje, para luego pasar a una hermenéutica 1 (uno) donde las distintas lógicas científicas dan buena cuenta de los requerimientos del conocer-hacer. 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

64 Cohn Amelia. *Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde*. Ciencia e Saúde Coletiva. 8(1):9-32, 2003.

65 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.

66 Testa Mario. *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

67 Zemelman Hugo. *Los horizontes de la razón* (tomo 1). México: Antropos, 1992.

68 Maturana Humberto y Varela Francisco. *El Árbol del...* Op. Cit.

69 Castiel David. *O Buraco e o Avestruz: A singularidade de adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994.

70 Maturana Humberto y Varela Francisco. *El Árbol del...* Op. Cit.

71 *Las teorías contemporáneas de la planificación – gestión en salud son cada vez más basadas en el concepto práctica, todavía se las aplican sin el instrumental de la epidemiología, como si la epidemiología no tuviera nada que decir a los planificadores de las escuelas de Carlos Matus o Mario Testa...* Almeida-Filho Naomar. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

72 Ayres José Ricardo. *Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones*. Revista Nacional de Salud Pública. 20(2):767-82, 2002.

73 Luz Madel. Op. cit. p. 8.

llevada a cabo por los discursos de la medicina y de la salud pública tradicional, o la supresión del sujeto individual y social ante la necesidad de supeditarlos a la supuesta verdad de ciertos discursos científicos sociales y políticos.

La propuesta de la epidemiología de los *modos de vida*, los *modelos de fragilización* y la *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 en las que se “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”⁷³, 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 proyecto 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”⁷⁴.

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 *en-*

fermología 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.

¿Quo Vadis Salud Pública?

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 en cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico, hacia el compromiso por alcanzar *logro práctico*, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones. Y 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 traen las ciencias de la salud, y al hacerlo, ejercen su poder y derecho como ciudadanía.

A más de preocuparse por reconceptualizar y cambiar la interacción interventora técnico-normativa en el campo de la *enfermología pública*, la salud pública alternativa tiene que necesariamente establecer una proyección y relación distinta con las políticas, estructuras e instituciones existentes en el campo, con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad. Ahora bien, esto no puede ser alcanzado a través de versiones interventoras de viejo o nuevo cuño, sino a través de la construcción de públicos que protegen y desarrollan sus instituciones, controlan el cumplimiento de las obligaciones estatales en salud y tejen redes de apoyo mutuo internacionales, oponiéndose como *resistencias globalizadas*, a las viejas y nuevas formas de dominación. Nuevamente, las experiencias vividas por gerentes y gobernantes procedentes de la medicina social latinoamericana y de la salud colectiva son de gran interés.

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 quiere 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 a través de las propuestas de síntesis producidas en el área. El diálogo entre las ciencias de la salud, dominadas por el discurso médico y de la enfermedad, y el discurso de las ciencias sociales ha avanzado, pero debe seguir adelante superando los múltiples problemas, como por ejemplo aquellos apuntados por María Cecilia Minayo y colaboradoras⁷⁶. La ampliación y complejización del campo también asusta a muchos y causa reacción negativa de 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 tradicional.

En resumen, considero que la posibilidad de construir una presencia fuerte por parte de la salud pública parece no radicar en escoger un camino que lo lleve una supuesta *verdad*; es por esto que al intentar cambiar como *práctica social/disciplina/función estatal*, es fundamental que reconozca que a) las prácticas deben relacionarse con la vida en su complejidad, diversidad y eterna temporalidad; b) su teorías, métodos y técnicas vendrán de diversas disciplinas (epidemiología, gestión y ciencias sociales); y, c) su accionar no es ni podrá ser únicamente estatal, sino muy ligado al mundo de la vida individual y colectiva, con miras siempre a forjar públicos o identidades por la salud que guíen y ejerzan control social sobre el Estado para el cumplimiento de sus deberes.

⁷³ Burt E. A. (org). *The English Philosophers from Bacon to Mill*. Mencionado por Ayres José Ricardo.

Epidemiologia e Emancipacao. Op. Cit. p.74.

⁷⁴ Ayres José Ricardo. *Epidemiologia e...* Ibid. p. 79.

⁷⁶ Minayo María Cecilia y col. *Posibilidades e dificuldades nas relacoes entre ciencias sociais e epidemiologia*. Ciencia e Saude Coletiva. 8(1): 97 – 107, 2003.

Artículo 4

¡Otra salud es posible!

Roberto Passos Nogueira¹

I

Acerca de Edmundo

A Edmundo lo conocí cuando éramos estudiantes en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, en 1974. Vivíamos en el mismo bloque de apartamentos, cerca del Instituto, en el barrio bohemio de Vila Isabel. Gracias a esta circunstancia favorable, no nos faltó el tiempo necesario de forjar una amistad marcada por enorme complicidad intelectual y existencial.

Este cuencano de ascendencia indígena y su querida compañera Clara tenían enorme capacidad para hacer amigos leales. Estoy muy feliz y orgulloso de haber sido amigo de Edmundo durante más de cuatro décadas, a pesar de haber mantenido solo una docena de encuentros al azar, después de la fase de estudiantes de maestría en medicina social.

Sin embargo, nuestra complicidad existencial profunda continuó hasta el último día de su enfermedad mortal, cuando me escribió desde el hospital de Cuenca para pedirme que le enviara

el texto de Iván Illich que trata del arte perdido de sufrir y de morirse. Coincidentemente, en 1974, con gran curiosidad, ambos fuimos testigos de las conferencias de Illich en el Instituto. En el mismo año tuvimos la valiosa oportunidad de escuchar a Michel Foucault hablar sobre el nacimiento de la medicina social y sobre las maquinaciones del biopoder.

De hecho, como neófitos marxistas, deseosos de que la medicina se interpretara desde la perspectiva de *El Capital*, en ese momento no disfrutamos mucho del pensamiento de estos dos autores. Pero, al pasar de los años, aprendimos a dejar a Marx vivir dentro de nosotros junto con otras voces, no solo Foucault e Illich, sino también otros heterodoxos y postmodernos. Creo que Habermas fue fundamental para la madurez intelectual de Edmundo en las últimas décadas de su vida, como Heidegger lo ha sido para mí. Como un homenaje al filósofo Edmundo, y manteniéndome en la inspiración historicista de Marx, en el siguiente breve texto busco crear un tejido común entre el pensamiento crítico de Foucault, de Illich y de Heidegger, para ayudar a interpretar los temas contemporáneos de la salud y la medicina.

1 **Roberto Passos Nogueira.** Brasileño. Doctor en medicina por la Universidad Federal de Ceará. Maestro y doctor en salud colectiva por el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Investigador del Instituto de Investigación Económica Aplicada –IPEA de Brasília y del Núcleo de Estudios en Salud Pública de la Universidad de Brasilia. Artículo original en portugués. Traducción Realizada por el propio autor.

Más allá del colesterol: ¿Es posible una medicina del hombre?

La biopolítica promovida por el Estado moderno en el campo de la promoción de la salud funciona de acuerdo con principios que tienen la naturaleza de un imperativo moral. Ella impone una responsabilidad personal y obligatoria que no admite ser debatida. Esto se debe al hecho de que tal biopolítica se basa en la autoridad de la ciencia médica y en los resultados de sus investigaciones, que se convierten en normas portadoras de una verdad universal, transmitidas por los médicos y los medios de comunicación en términos que sean comprensibles a todos.

Cuando alguien se siente obligado a comer alimentos que contienen menos colesterol, no está haciendo una elección real, sino solo siguiendo la voz de la autoridad científica. No le está facultado emitir ningún juicio - si esto le conviene y por qué. Este imperativo moral ha de ser cumplido, ya que aparece validado por el bien supremo de nuestra sociedad - la salud. Todos aceptan fácilmente esta norma, porque su objetivo declarado es evitar una u otra terrible enfermedad, o garantizar la salud.

En su curso sobre los *anormales* en el Colegio de Francia entre 1974 y 1975, Foucault detecta dos modelos de control en la historia de la lucha contra las enfermedades desde la Edad Media². Surge originalmente el modelo de exclusión, aplicado al control de la lepra, y después el modelo peculiar de la peste, que no excluye a los individuos pero normaliza su vida, aplicándoles un conjunto de normas de relacionamiento. Podemos decir que estos dos modelos, que ocuparon un lugar destacado en las técnicas de intervención social en salud por muchos siglos, fueron superados en el siglo XX por el modelo de rendición de cuentas a los riesgos de la salud. La promoción de medidas contra

el riesgo de infarto de miocardio y del sida son ejemplos de la auto-normalización de la vida cotidiana que se impone como un imperativo moral. Con la presupuesta responsabilidad de cada uno, lo que se requiere no es una sumisión pasiva a la regla de control, sino una conducta que evita conscientemente los factores de riesgo evidenciados por el conocimiento médico.

En este modelo pseudo-autonómico no hay lugar para el aprendizaje a partir del error. No se supone que el individuo va a encontrar progresivamente un término medio entre opciones extremas, poniéndose en el camino de la virtud (moral aristotélica). Tampoco que se comporte según la obediencia a las normas que cada uno libremente impone a sí mismo, al evidenciar racionalmente lo que es su deber (moral kantiana).

Siendo un imperativo en sí mismo, la salud se ha vuelto parte de innumerables productos para la venta. La etiqueta *sin colesterol* es algo que equivale a la salud. Por lo tanto, cuando alguien encuentra un amigo, ya no le pregunta “¿cómo estás?” o “¿cómo estás de salud?”, sino “¿cómo está tu colesterol?”. El contenido de colesterol en la sangre pasa a simbolizar a la salud misma y, por lo tanto, esta pregunta puede recibir la siguiente respuesta: “mi nivel de colesterol estaba malo, pero ahora está mejor: me metí en una dieta muy rígida”.

Así que el concepto de mi salud (algo que tengo y soy) fue reemplazado por la idea de “mi” colesterol, un objeto que está en mí y que no sé lo que es, pero sobre lo cual soy responsable. De hecho, pocas personas saben qué es el colesterol y cómo ello afecta su subsistencia y la salud. En general, se ignora que la ciencia médica distingue el “colesterol bueno” del “colesterol malo”, de modo que la pregunta científicamente correcta sería esta - “¿cómo está tu colesterol malo?”.

Todo esto ya muestra la razón de ser del modelo de responsabilidad. Pero, además, ha de ser mencionado que la investigación científica puede producir señales contradictorias en el tiempo, de acuerdo con lo que llega a probar en sus nuevas investigaciones. Con nuevos datos científicos, el huevo puede dejar de ser una fuente de colesterol dañino, y la sal ya no aparece como un factor terrible de inducción de la hipertensión. Las evidencias de la ciencia son siempre provisionales, y lo que fue certificado como perjudicial para la salud, ahora puede ser mostrado incluso como un factor positivo. ¿Cómo se puede tener fe en la ciencia para guiar el comportamiento de uno, si la variabilidad de sus resultados es el sello del espíritu científico, que nunca puede estar contento con los hechos previamente establecidos? Pero la biopolítica de la promoción de la salud no puede ser relativista - su deber es prescribir las evidencias actuales, las que se ofrecen mediante las recientes investigaciones epidemiológicas y biomédicas.

II

¿Cómo es posible que el colesterol se haya convertido en sinónimo de salud? Respuesta: porque en el mundo actual, de alta tecnología médica, la salud ya nada tiene que ver con la condición del hombre en su relación existencial con el mundo. La salud es ahora entendida como un conjunto de sustancias, de condiciones del cuerpo y de comportamientos que son evaluados como objetos anormales y factores de riesgo. La capacidad de disfrutar de salud depende de conductas obligatorias que, irónicamente, son consideradas como una responsabilidad personal.

En la década de 1970, un ex sacerdote austriaco-americano, Iván Illich, escribió un libro que fue ampliamente celebrado debido a su crítica inci-

siva a la tecnología médica, que a menudo puede hacer más daño que bien a sus pacientes. En *La Némesis de la Medicina*, Illich describe la salud como una virtud con estas palabras:

*“La salud es una tarea y, como tal, no es comparable con los estados de equilibrio fisiológico de los animales. El éxito personal en este trabajo es en gran parte el resultado de la auto-conciencia, auto-disciplina y los recursos internos por medio de los cuales cada persona regula su ritmo diario de vida y sus acciones, su dieta y su actividad sexual. (...) Estándares de salud largamente comprobados dependen en gran medida de una autonomía política sostenida por mucho tiempo. Depende de la difusión de la responsabilidad por los hábitos saludables y por el ambiente socio-biológico. Es decir, depende de la estabilidad de la cultura.”*³

En su carrera intelectual posterior, en la década de 1990, Illich, después de haber sido decepcionado con el avance gradual de la biopolítica y su pseudo-ética, dijo que ahora uno tendría que renunciar a las nociones de salud y responsabilidad, puesto que ellas ya no pueden justificar cualquier tipo de virtud. La biopolítica de la salud se convirtió en algo tan profundamente comprometido con una rendición de cuentas auto-impuestas, que nada más virtuoso puede ser hecho en nombre de la salud:

“En el siglo XIX y principios del siglo XX, la salud y la responsabilidad eran ideales en los que se podía creer. Hoy en día son elementos de un pasado perdido, para los que no hay retorno. La salud y la responsabilidad son conceptos normativos que ya no proporcionan ninguna dirección. Cuando trato de estructurar mi vida de acuerdo a esos ideales, éstos se muestran nocivos - yo me enfermo. Para vivir decentemente, uno debe decididamente renunciar a la salud y a la responsabilidad. Renunciar, digo yo, pero no ignorar - no uso la palabra para denotar in-

2 Foucault, M. (2004) *Abnormal*. Picador, London.

3 Illich, I. (1982). *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*. Pantheon Books. New York. pp. 273-275.

diferencia. Debo nada más que aceptar mi falta de poder, lamentarme por lo que se fue, renunciar a lo irrecuperable.”⁴

Según Illich, debemos reemplazar los imperativos de la biopolítica de la responsabilidad con la salud por la afirmación de ciertas libertades esenciales:

- La libertad de declararse enfermo.
- La libertad de rechazar cualquier tratamiento médico en cualquier momento.
- La libertad de tomar cualquier medicamento o someterse a cualquier tratamiento de acuerdo a su propia elección.
- La libertad de morir sin diagnóstico.

En diciembre de 2002, en Bremen, Alemania, junto a un grupo grande de amigos y discípulos, Illich asumió por completo este tipo de autonomía civil y de moral estoica que había llegado a reclamar en los últimos años de su vida: puso en práctica el arte de morir sin haber recibido ningún diagnóstico médico.

III

La dimensión humana de la salud se convirtió, por la medicina biotecnológica moderna, en el resultado de una evaluación cuantitativa de la condición de ciertos objetos, ya que, como Heidegger nos enseña, es característico de la ciencia natural moderna considerar a todo lo que hay en el mundo (“los entes en su totalidad”) como objetos de observación y medición. En la medicina, la condición de los objetos que se observa es distinguida a través del par de conceptos normalidad y anormalidad. El paciente es examinado clínicamente para identificar los objetos que puedan ser así considerados, de acuerdo con

ciertas normas establecidas por las ciencias médicas básicas. Así, por ejemplo, el colesterol en el suero sanguíneo es medido para que el médico sepa si está ubicado en el rango de valores establecidos como normales.

Sin embargo, las sustancias bioquímicas son solo una clase de objetos que la medicina evalúa según la variación de lo normal a lo anormal. Hay muchos otros objetos que pueden ser examinados de la misma manera: la condición anatómica del pulmón, la composición celular del tejido hepático, los gradientes de la función renal, etc. El proceso de evaluación va más allá del cuerpo físico normal y se extiende a la conducta humana, entrando en el campo de la psiquiatría, porque también hay parámetros para juzgar si alguien tiene o no un trastorno mental. O sea, el comportamiento diario es también considerado como un objeto observable. En este sentido, la evaluación general de que alguien está bien, sano, es siempre provisional, ya que es imposible examinar, para cada paciente, todos los objetos propensos a sufrir un cambio anormal. Esta comprensión históricamente específica de la salud puede ser llamada de determinación objetual de la salud. Usase aquí el neologismo objetual a fin de evitar la expresión determinación objetiva, porque, para la ciencia moderna, lo que es objetivo es también lo verdadero.

Véase como se define la linfocitopenia como una anomalía objetual de la sangre (Manual Merck):

“Linfocitopenia es el recuento total de linfocitos <1000/ μ L en adultos o < 3000/ μ L en niños < 2 años”.

Más compleja, por ser susceptible de una mayor variación en sus parámetros, es la definición objetual de un trastorno mental, por ejemplo, el trastorno de **ansiedad generalizada** (F41.1

CIE-10 - Clasificación de la Organización Mundial de la Salud - OMS):

1. Debe haber ocurrido un período de al menos 6 meses de tensión importante, preocupación y sentimientos de aprensión acerca de los eventos y los problemas diarios.
2. Deben estar presentes al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación [sigue una lista de veintidós síntomas divididos en tipos físicos y mentales, tales como síntomas que afectan el pecho y el abdomen, dificultad para respirar, sensación de conmoción, dolor de pecho o malestar, náuseas o malestar abdominal].

Este tipo de definición del objeto anormal como equivalente a lo que es la enfermedad se aplica a cualquier ser vivo. El hombre es considerado solo en su constitución y función biológica, siendo que el comportamiento diario también se puede transformar en una función biológica para que pueda ser observada y medida, como lo demuestra la citada definición de ansiedad generalizada.

Estos rasgos no solo describen una tendencia epistemológica de la ciencia médica. Lo que pasa es que nosotros existimos bajo el imperio de la determinación objetual que fundamenta todas las teorías y todas las prácticas de las ciencias naturales, entre las cuales se incluye la medicina. La determinación objetual es algo muy sencillo y parece muy familiar hoy: todo lo que hay de experimentable en el mundo son objetos, representados de modo seguro y cierto por el sujeto del conocimiento. Acerca de la determinación del objeto en la medicina, señala Heidegger con gran claridad y agudeza:

“A partir de esta proyección de las ciencias naturales, solo podemos ver al ser humano como una cosa

de la naturaleza, o sea, tenemos la pretensión de determinar la esencia particular del hombre con la ayuda de un método que no fue diseñado para eso.”⁵

Lo que la medicina y la biopolítica tienen bajo su mirada no es la salud humana, sino la salud objetual. La determinación objetual de la salud y de la enfermedad expresa una voluntad de poder, en el sentido de Nietzsche. Lo que se quiere obtener es el conocimiento de algo a fin de controlarlo, y controlarlo para poder intervenir. Intervenir significa introducir cambios en los objetos biológicos anormales y en el comportamiento humano que se identifica como anormal. En resumen, la biopolítica expresa la voluntad de poder de la ciencia al servicio del gobierno de la vida, y la voluntad de poder del Estado al servicio de la ciencia.

Por todas estas razones, nos interrogamos aquí si aún es posible una medicina del hombre. Creemos que es posible, pero en el futuro, cuando sea posible ir más allá de la salud objetual al seguir las indicaciones filosóficas que Heidegger nos ha dejado.

IV

En los Seminarios de Zollikon, Heidegger interpreta que la salud y la enfermedad son fenómenos ontológicos que se refieren a dos modos fundamentales de ser del hombre que se pertenecen mutuamente. La enfermedad es la privación de la salud, así como la sombra es la privación de la luz. Para Heidegger, “la enfermedad es una privación de la libertad de apertura que caracteriza al Dasein como ser en el mundo”. ¿Por qué nos es difícil entender esto? porque vivimos bajo la égida de la metafísica de la determinación objetual de la salud y de la enfermedad.

4 Illich, I. (1990). *Health as one's responsibility – no, thanks!* - http://www.davidtinapple.com/illich/1990_health_responsibility.PDF

5 Heidegger, M. (2001) *Zollikon Seminars: Protocols – Conversations – Letters*. Northwestern University Press Evanston, p. 26.

Los conceptos de salud y enfermedad dependen de tres determinaciones históricas que han sido desarrolladas por los filósofos en respuesta a la pregunta: ¿que son los entes del mundo en su totalidad? Cada una de estas tres respuestas parte de un concepto fundamental:

1. *Physis, la naturaleza, en el sentido griego, lo que surge y se manifiesta por sí mismo (Antigua Grecia, pero el concepto fue desarrollado filosóficamente sobre todo por Aristóteles);*
2. *Criatura, todo lo que fue creado por Dios y se mantiene en relación con su Creador (teología cristiana);*
3. *Objeto, algo representado por el sujeto del conocimiento de modo seguro y cierto (Descartes y Kant, y toda la filosofía y ciencia modernas).*

Es fácil demostrar, aunque nuestra intención no sea hacerlo aquí con pormenores, que los conceptos de salud y enfermedad están de modo ontológico subordinados a estas determinaciones y que, por tanto, tienen un fundamento metafísico.

En la medicina griega de la época de Hipócrates, la enfermedad se entendía como el modo de ser de la naturaleza que surge y se manifiesta por sí misma. Bajo la influencia de los filósofos presocráticos y, más tarde, de Aristóteles, la enfermedad humana se considera una manifestación de la *physis*, la naturaleza, lo que está en constante cambio a través de su aparecer, desaparecer y reaparecer por sí mismo. Se creía que la enfermedad provenía de una composición desequilibrada perjudicial de los humores con sus características, que correspondían a los cuatro elementos naturales (fuego, agua, aire, tierra). El concepto de humor implicaba un dinamismo de flujos, mezcla, retención y eliminación. Pero la magnitud natural de la salud podría y debería ser cultivada de manera similar a lo que sucede en el ejercicio gene-

ral de las virtudes: mediante la búsqueda de la medida mediana (*Ética a Nicómaco*, Aristóteles).

A su vez, la teología cristiana está marcada por la distinción entre la salud física y la salud del alma. La segunda se identifica con la posibilidad de la salvación. Ya en los primeros siglos de la Iglesia, con las obras de Tertuliano sobre el bautismo, la salvación del alma llegó a ser vista en analogía con la cura de enfermedades corporales descritas en los evangelios como parte de la predicación de Jesús. Si no consideramos tales aspectos que se refieren a la curación y la salvación del hombre, se nos escapará entender un importante capítulo en la historia de la medicina, que son los hospitales construidos y mantenidos por la Iglesia desde la Edad Media.

Para complementar estas breves observaciones sobre la salud del ser humano según la teología cristiana, se debe citar la *Summa Theologica* de Tomás de Aquino, que concibió el pecado original en analogía con la desarmonía de las enfermedades corporales:

“... El pecado original es un hábito. Porque es una disposición desordenada, debido a la destrucción de la armonía, que fue esencial en la justicia original, de la misma manera que la enfermedad del cuerpo es una disposición desordenada del órgano, debido a la destrucción de este tipo de equilibrio que es esencial para la salud.”⁶

Mucho más tarde, en el siglo XVII, la fase de la determinación objetual de los entes en su conjunto fue inaugurada brillantemente por Descartes. Este fue el filósofo que sentó las bases ontológicas necesarias para que la enfermedad fuera entendida como un objeto; más concretamente, un objeto anormal. Desde la segunda mitad del siglo XVIII, con la aparición progresiva de la medicina anatómica

y clínica, la enfermedad queda determinada por el método de la medicina anatómica y clínica, creado por Auenbrugger, Corvisart, Bichat y Laennec. El concepto anatómico-clínico de la enfermedad se vuelve victorioso en la primera mitad del siglo XIX, y la determinación objetual de la salud y de la enfermedad se desarrolla de modo extraordinario en todos los ámbitos de la medicina en los siguientes dos siglos.

La comprensión heideggeriana de la salud del Dasein, que se describe brevemente a continuación, tiene como propósito fundamental establecer una ruptura con el imperio de la determinación objetual de la salud y, de modo general, pretende dejar atrás la famosa distinción metafísica entre sujeto y objeto.

Lo que se anuncia en la medicina fenomenológica de inspiración heideggeriana es el estudio de la salud del hombre como Dasein o ser en el mundo. El Dasein jamás puede ser entendido como un ente sensible, aquí y ahora. El Dasein es una posibilidad esencial de aprehender y estar relacionado con todo lo que encuentra, en el tiempo y el espacio. Relacionarse es lo mismo que concernirse con las cosas, con los demás y con sí mismo.

El concepto del Dasein puede apreciarse mejor en su dimensión ontológica si tenemos en cuenta las posibilidades esenciales del hombre de estar desde siempre abierto, en el sentido de estar relacionado con todo lo que se encuentra en el espacio y el tiempo. Este es un comportamiento que difiere radicalmente de los animales. Considérense situaciones cotidianas como estas: entro en un restaurante, veo una mesa vacía, me siento y llamo al camarero (orientación espacial en el contexto inmediato); manejo el coche de mi lugar de trabajo a mi casa (orientación en el contexto espacial no-inmediato: hacerse presente junto con lo que está lejos); pienso en las cosas que tengo para hacer mañana en mi trabajo (orientación en el tiempo). Estas son formas de estar en el mundo que seguramente son inaccesibles a las bestias.

Teniendo en cuenta lo que viene a su encuentro en el mundo, el Dasein responde y se comporta de un modo u otro, libremente. Su comportamiento es libre porque no es causado por un hecho, como ocurre con los animales, que dependen de los estímulos del medio ambiente. Como si escuchara la voz que proviene de las mismas cosas, el hombre siempre responde a las demandas que a él se dirigen a partir del mundo. El Dasein es solicitado y responde a estas peticiones, que son, a su vez, razones para comportarse de un modo u otro, libremente, de acuerdo a su decisión. Según los términos de Heidegger, todo esto es posible porque el hombre, por el don del lenguaje, goza de la “comprensión del ser”; en otras palabras, sabe qué es lo que encuentra en el mundo.

Solo podemos pensar en otra medicina y otra salud, si asumimos que el hombre no es un animal más (animal racional) y que la enfermedad no es un objeto natural, con formato biológico. Por medio de los ejemplos citados de Aristóteles y Santo Tomás de Aquino, y que pertenecen a la historia de la metafísica, se sabe que la enfermedad solía ser entendida como una privación y como una falta de armonía, o sea como desorden y desproporción. Esas son las dos determinaciones filosóficas que deben ser rescatadas para caracterizar el ser-enfermo del Dasein.

El Dasein tiene la libertad de apertura al mundo. La libertad es lo que le garantiza estar abierto, es antecedente y fundamenta la apertura. Por lo tanto, se puede decir que el Dasein es ser-libre-abierto. Solo lo que es abierto se puede cerrar frente a lo que encuentra y a los demás. La enfermedad, la embriaguez, el duelo, la depresión, el trastorno mental y la adicción a “vicios”, son diferentes modos de cierre existencial del Dasein, que ocurren con restricción de su libertad.

El ser-libre-abierto del Dasein es lo que caracteriza a la salud del hombre como un estar en casa en el mundo. Por el contrario, la enfermedad se caracteriza por una pérdida (privación) de la li-

6 Tomás de Aquino. *Suma Teológica*, primera parte de la segunda parte, cuestión 82, artículo 1.

bertad y la apertura al mundo. Esto puede ser expresado de la siguiente manera por el paciente - “*me gustaría hacer lo que hacía todos los días, pero ya no puedo; si hago caso omiso de mis limitaciones, me siento mal e inseguro, no puedo hacerlo bien; luego me agoto y me doy por vencido*”. La relación con el mundo, a condición de estar enfermo, se altera, es distorsionada. Se sabe que en algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia, la relación distorsionada con el mundo a menudo toma la forma de la alucinación.

Podemos analizar a la enfermedad como el mal del Dasein, en dos sentidos distintos de la temporalidad. Hay el mal que se manifiesta en la aparición momentánea de algo que me molesta (como la migraña) o por algún tiempo perturba mi relación con el mundo (como en el caso de la embriaguez). Pero por otro lado está el mal del ser-enfermo, que es una manera privativa de ser más duradera. Se podría decir que el enfermo demora en su mal, en el doble sentido de demorar y morar. Todo morar es también un demorar. Quién está mal en el sentido de estar enfermo, también por lo general está en la cama. Estar en la cama ya muestra un mundo de privaciones experimentado por el enfermo, su incapacidad para moverse libremente en su vida cotidiana y adaptarse a lo que encuentra en el mundo.

En muchas enfermedades, incluida la mental, se encuentra el temor del mundo cotidiano, pues está limitada la capacidad humana de adaptarse, de comprender y lidiar con las cosas y las personas. Lo que se entiende por el mal de la enfermedad en el sentido fenomenológico es un modo de sufrimiento con dos caras: 1) “no poder hacer esto o aquello”; 2) “estar confundido, disgustado, inseguro” para vivir la vida cotidiana. En última instancia, el ser-enfermo del hombre aparece como una limitación de la libertad de vivir.

La suposición que hemos adoptado desde el pensamiento de Heidegger es que el hombre enfermo constituye una imagen negativa del Dasein como ser en el mundo. El ser saludable del Dasein es el estar en casa en el mundo cotidianamente, porque la cotidianidad es un modo esencial de la temporalidad del Dasein. Estar en casa en el mundo es igual a la relación libre y abierta con las cosas y las personas. Por lo tanto, la afirmación “estoy bien” significa “estoy en casa en el mundo”, que es también un estar bien con otros, porque el Dasein es esencialmente ser-con-otros.

V

Luego, para completar esta breve introducción, reproducimos y comentamos dos pasajes importantes de Heidegger en los *Seminarios de Zollikon*.

La necesidad esencial de ayuda: “*El hombre es esencialmente necesitado de ayuda porque siempre está en peligro de perderse y al punto de no dar cuenta de sí mismo. Este peligro tiene que ver con la libertad del hombre. Toda la cuestión del poder-ser-enfermo se refiere a la imperfección de su esencia. Cada enfermedad es una pérdida de libertad, una limitación de la posibilidad de vivir.*”⁷

Hay una falla originaria en el hombre, una “brecha” en su fundamento existencial de libertad con apertura. El hombre está siempre en peligro de perder su relación con el mundo, siempre está a punto de sucumbir a las formas de privativas o cerradas de existir que se manifiestan en situaciones como la enfermedad mental, el aislamiento, la depresión y la adicción a drogas de todo tipo. No solo el paciente, sino cualquier persona, está en necesidad de ayuda, ya que, debido a esta falla originaria en la esencia humana

de la libertad, el hombre enfrenta constantes dificultades de lidiar con los requerimientos del mundo. En este sentido, el hombre se caracteriza por estar menos adaptado a las condiciones de vida que los animales, no debido a una cuestión biológica, sino por una condición existencial que tiene que ver con la capacidad de disfrutar de su libertad con apertura al mundo, algo que le pesa sobre las espaldas como una carga que debe llevar cotidianamente.

La libertad humana no tiene razón de ser, no está fundamentada en nada. La libertad está suspendida sobre un abismo (*Ab-Grund*, en alemán), que es la falla de nuestra existencia libre en el espacio-tiempo. Así, Heidegger dice que la esencia humana es imperfecta. Pero esta imperfección esencial, contradictoriamente, es lo que ofrece la libertad del Dasein.

Acerca de cómo ayudar al hombre: “*Practicamos la psicología, la sociología y la psicoterapia para ayudar a los seres humanos alcanzar la meta de ajuste y la libertad en el sentido más amplio. Esta es una preocupación conjunta de médicos y sociólogos, porque todos los disturbios sociales y de la salud humana son disturbios de libertad y de adaptación. (...) Cualquier ajuste solo es posible y significativo a la base del ser-con-otros. En cuanto a la voluntad de ayudar por parte del médico, se debe estar alerta al hecho de que eso siempre implica una manera de existir y no el funcionamiento de algo. Al atentar solo a este punto, no se ayuda al Dasein. Esto pertenece a la meta.*”⁸

Ayudar no es recuperar la funcionalidad de la persona, pero es un dejar-ser, para que el Dasein sea capaz de mantenerse relacionado de forma abierta y libre con su mundo, o para recobrar gradualmente tal modo de relación. La ayuda solo puede ser significativa para la persona en la medida en que ésta se decide sobre la conveniencia de hacerse libre y abierta a la convivencia

con los demás. Esta ayuda al enfermo no puede obedecer al modelo tradicional de intervención médica dirigida a la operación o la restauración de un objeto dado. Tampoco puede ajustarse al modelo de la auscultación psicoanalítica, que tiene como objetivo lograr la cura mediante el habla catártica del paciente. La curación se lleva a cabo en el sentido fenomenológico de la superación de una cierta forma o fase de cierre de la persona, de alguien que se encogió ante el mundo y se retiró a la condición de sufrimiento. La cura fenomenológica es siempre una reapertura agradable, y ésta es un ponerse en una disposición afectiva favorable a la totalidad del mundo, que se funda en una visión inspirada e instantánea de posibilidades futuras en la relación con uno mismo y con los demás.

La medicina fenomenológica, que nace del pensamiento de Heidegger, no es una nueva versión del psicoanálisis, a pesar de que su enfoque existencial del “dejar ser” la hace comparable a las corrientes del psicoanálisis, cuyos métodos por lo general no son intervencionistas, pero permiten que el paciente, en su auto-inspección analítica, conduzca un viaje personal de curación. Una de las principales diferencias es que la medicina fenomenológica no se ocupa de fenómenos psicológicos, sino del conjunto de los fenómenos de la salud del Dasein. Es una medicina del hombre, es decir, una medicina centrada en el Dasein que tiene mundo con el cuerpo “*hasta la fibra muscular pasado*”, como lo dijo Heidegger. En el futuro, esta otra medicina será capaz de ayudar a los pacientes con esquizofrenia, como también a aquellos que sufren de cáncer, o cualquier otro problema que la medicina actual identifica como una patología del cuerpo. ¿Qué métodos y medios terapéuticos serán utilizados entonces? No se sabe y tampoco conviene anticiparse mediante propuestas detalladas que traen el riesgo de la reanudación de la ontología objetual inherente a la medicina tecnológica moderna.

7 Zollikon Seminars, p. 157

8 Zollikon Seminars, p. 154-157

Bibliografía

- Foucault, M. (2004). *Abnormal*. Picador, London.
- Heidegger, M. (2001). *Zollikon Seminars: Protocols – Conversations – Letters*. Northwestern University Press, Evanston.
- Illich, I. *Health as one’s responsibility – no, thanks!* - http://www.davidtinapple.com/illich/1990_health_responsibility.PDF
- Illich, I. (1982) *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*. Pantheon Books, New York.
- Tomas de Aquino. *Suma Teológica*, primera parte de la segunda parte, cuestión 82, artículo 1.

Artículo 5

Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública

Mauricio Torres-Tovar¹

“...Estamos secos, y por eso decidí escribir un ensayo sobre la ceguera. Usamos perversamente la razón cuando todos los días humillamos la vida y la dignidad de los seres humanos, por eso el hombre debe respetarse a sí mismo, debe exorcizar sus monstruos engendrados por la ceguera de la razón. Hoy lo más importante para la humanidad es procurarse otra razón... Es urgente volver a la filosofía y a la reflexión”

José Saramago

“...no necesitamos alternativas, sino un pensamiento alternativo de alternativas”

Boaventura de Sousa

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

Edmundo Granda

Una de las labores a la que Edmundo Granda dedicó una buena parte de su trabajo intelectual, fue a entender y pensar la forma como se estructuró epistemológicamente la salud pública convencional y porqué vías era posible avanzar en una salud pública diferente, alternativa. Y para eso, como Saramago convocó, Edmundo volvió y se apoyó en la filosofía para sus reflexiones, articulándolas con saberes de la sociología, la administración, la gerencia, la epidemiología y la ciencia política.

Este artículo, de un lego² en las materias de la filosofía y la construcción de pensamiento, simplemente pretende evidenciar los aspectos propuestos por Edmundo para reconocer las bases epistemológicas y metodológicas sobre las cuales se estructuró la salud pública y las nuevas metáforas que planteó para construir esa salud pública alternativa propuesta y colocada en práctica por el enfoque de la medicina social – salud colectiva.

Sin lugar a dudas, Edmundo tuvo claro que el camino para poder hacer tránsito del paradigma de la salud pública convencional a uno de la salud pública diferente, pasaba por el reconocimiento de las bases epistemológicas del para-

1 **Mauricio Torres-Tovar.** Colombiano. Médico, especialista en Salud Ocupacional. Master en Estudios Políticos. Se desempeña como asesor de la Dirección de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y de ALAMES. El autor agradece a la querida compañera Dra. Zaida Betancourt por el estímulo para concretar este escrito y por sus aportes que lo enriquecieron.

2 Aunque hay que decir, dado el planteamiento de Edmundo, que lo lego vinculado con el sentido común, es una de las bases de la reconfiguración epistemológica en el campo de la salud pública.

digma, y al entenderlas, buscar sus fisuras, sus rupturas, sus líneas de quiebre, para aportar en el proceso de transición a otro paradigma³.

Un aspecto que en este punto llama la atención, es que Edmundo no utilizara permanentemente el término salud colectiva (término acuñado por la medicina social latinoamericana, especialmente desde los desarrollos hechos en Brasil para lograr una denominación distinta a la disciplina de la salud encargada de los públicos, de las colectividades), sino que en sus reflexiones, se refiere la mayoría de las veces a una salud pública diferente, o alternativa. Con esto podría pensarse que no quiso, a pesar de contar con un término distinto, ceder la denominación de salud pública, de un lado por considerarla adecuada y de otro para no cedérsela al campo positivista, y más bien dar la “pelea lingüística” por conservarlo, pero a partir de concebirla y desarrollarla desde las bases del materialismo histórico y dialéctico.

También, como lo señala Zaida Betancourt, porque su ejercicio no fue eminentemente académico, sino político, es decir que él recorrió el camino de lo real y posible desde lo existente y no desde el deber ser, lo cual le permitió el camino de vivir la realidad, sufrirla e intentar encontrar resquicios de libertad.

De tal suerte, podemos decir que Edmundo ha sido uno de los militantes de la medicina social-salud colectiva del continente latinoamericano, que aportó e insistió, de manera consistente y coherente, en trabajar en lo epistemológico para entender lo actual, y poder avanzar en la perspectiva crítica anhelada. Este es uno de sus legados, que este escrito busca poner en evidencia.

El texto se basa principalmente en la revisión de varios de los escritos de Edmundo, que permiten evidenciar el itinerario reflexivo, consistente, apasionado y persistente hecho por él en los aspectos epistemológicos de la salud pública. Van del texto “Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina”, que presentó en La Habana en 1990, hasta el texto “El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”, presentado en noviembre de 2007 en Medellín, el cual se constituyó en su última reflexión presentada en un escenario público internacional⁴.

Las bases epistemológicas de la salud pública tradicional

Edmundo retomó los análisis hechos por Michael Foucault en el “Nacimiento de la Clínica”, para plantear que la forma como la medicina constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas, fue alrededor de la enfermedad y la muerte. Este asunto estructural epistemológico le ha generado un impedimento a la medicina y al conjunto de ciencias de la salud, para entender y ver la dinámica de la vida y sus relaciones con el medio e instalarse solo en el individuo, su máquina corporal, y en el aquí y ahora, con lo cual despoja a las procesos biológicos de su historicidad y de sus relaciones y determinaciones sociales.

Paradójicamente, estas bases epistemológicas que definieron una práctica específica, generaron éxitos de la medicina clínica, al lograr producir máquinas corporales menos enfermas y que tardan más en morir; situación que permi-

tió construir una “enfermología social” al decir de Edmundo, a la cual llamaron salud pública, capaz de dar cuenta de la enfermedad pública, como sumatoria de enfermedades individuales.

Esto trajo como consecuencia, según el análisis de Edmundo “que los espacios donde se mueven los animales, cosas y otros individuos capaces de producir enfermedad son mirados a través del prisma de la clínica y no solo con sus mismos lentes sino, en muchas ocasiones, con los mismos métodos y técnicas positivas”.

Es por esta comprensión de cómo se construye el pensamiento de la salud en occidente, que Edmundo planteó que lo que se configuró desde este paradigma epistemológico positivista no fue una salud pública sino una *enfermología pública*⁵, al ubicarse por “fuera” y en un antes de que el sumatorio de máquinas corporales enfermen, ubicándose en el espacio y el tiempo del riesgo, para cumplir su práctica fundamental relacionada con prevenir las acciones de posibles entes patógenos, ya que cuando éstos anidan en el cuerpo de la persona y la enferman, ese espacio pasa a ser ocupado por el médico.

Reconoció que las acciones humanas, bajo esta perspectiva, son vistas como riesgosas cuando contravienen la “verdad” científica positiva o irrespetan las normas establecidas: las palabras enfermedad-muerte, verdad científica positiva y norma, son las que han guiado hasta ahora el pensamiento y el accionar de la enfermología pública.

Se preguntó ¿dónde se encuentran el pensamiento y bisturí públicos para explicar el riesgo y prevenir y exorcizar la enfermedad y las muertes públicas? Para él, éstos se ubicaron en la tecnología positivista manejada por el Estado, creando la metáfora de que el Estado es un mago

que explica el riesgo y lo previene. Esto, por supuesto, derivó de la razón instrumental impuesta por el pensamiento positivista.

El trípode teórico-metodológico sustento de lo tradicional y hegemónico

Estos análisis hechos por Edmundo, apoyados en las reflexiones y perspectivas críticas epistemológicas de diversos filósofos y sociólogos, le permitieron sintetizar que la salud pública organizó su sustento teórico-práctico sobre un trípode constituido por:

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

Metáforas para una salud pública alternativa

Esta mirada crítica de cómo se había construido la salud pública, lo llevó en un primer momento a plantear la necesidad con base en el aporte del vector pasado-presente, de proponer, en el plano teórico-metodológico:

- a) Superar el encuadre flexneriano-biologicista de la salud pública tradicional, integrando los avances de la epidemiología crítica.
- b) Superar el método empírico-positivista para dar paso a un planteamiento dialéctico y participativo en la interpretación de la problemática de salud.
- c) Posibilitar el avance de la administración tradicional en salud a través del abordaje de

3 Muy seguramente, Edmundo leyó y retomó los planteamientos hechos por Thomas Kuhn en su libro “La estructura de las revoluciones científicas”.
4 En este ensayo tomo textualmente diversos planteamientos hechos en estos artículos, pero, para no saturar con citas a pie de página, referencio al final los textos trabajados.

5 Acá tal vez hay otra razón que explica por qué Edmundo insistió en utilizar el término de salud pública, en tanto lo que se ha desarrollado en la práctica es una enfermología pública.

la planificación y administración estratégicas que presentan importantes aportes en América Latina.

- d) Superar la concepción bancaria y anquilosada de la educación tradicional con miras a generar una propuesta más ágil, moderna y comprometida con las necesidades nacionales.

Esta mirada crítica y alternativa la fue madurando con los años de trabajo, llevando el análisis y propuestas a configurarlas a través de metáforas, entendidas como planteamientos críticos con diversas aristas, siendo una primera la que critica al enamoramiento de la salud pública por la enfermedad y la muerte, por lo que propuso avanzar por la vía de una metáfora del “poder de la vida”. Una segunda arista se refiere al limitado conocimiento y tecnología de la salud pública, aspecto que articula con la metáfora del “poder del conocimiento”; y una tercera arista critica la forma de ejercicio del poder y habla acerca de la posibilidad de que la salud pública avance a través de la construcción de la metáfora del “buen poder político”.

Esta forma de comprensión y de mirada crítica definió una ruta de construcción de propuestas alternativas que expresó a través de este grupo de metáforas.

Se puede pensar que recurrió al planteamiento de las metáforas (del griego *metá* o *metastas*, más allá, después de; y *phorein*, pasar, llevar), porque buscaba ir más allá, llevar más allá, recorriendo al poder de las imágenes metafóricas para generar cambios internos en la visión. Al usarlas él sabía que iluminaban ciertos campos pero que oscurecían otros, constituyéndose en paradoja “al mismo tiempo que ayudan a ver, llevan implícitamente a no ver”.

Al construir su propuesta desde unas nuevas metáforas, entendía que no era más que una interpretación entre muchas, no era la verdadera, en tanto no creía que existiera una única interpretación verdadera; en esta medida aceptó que visualizamos varias realidades, en tanto no las vemos a través de nuestros ojos, sino que a través de ellos únicamente logramos reproducir la realidad construida biológica y culturalmente.

1. La metáfora del “poder de la vida”

La medicina clínica no se conecta con la dinámica de la vida, al desconocer el saber de la persona e impedir su libre voluntad como aspectos sustanciales en los procesos de curación, desconociendo a la vez que la gente, en sus relaciones sociales cotidianas, produce salud. Convierte a los sujetos en objetos de estudio, quitándoles la condición de seres vivos autopoieticos, es decir seres que producen sus propias normas y estructuras de autoproducción⁶.

Esta situación entraña una serie de peligros, que para él estaban referidos a que no es conveniente que se intente intervenir sobre la vida y la salud al margen de la misma: Una excesiva confianza y uso de teorías y métodos de conocimiento contruados para explicar e intervenir sobre cuerpos inanimados, que son diametralmente distintos a los cuerpos animados y sobre todo a los humanos; las disciplinas que sustentan la “enfermología pública”⁷ y la forma de organización institucional del sector salud, separada de otros sectores, con dificultades de integrar diversos enfoques disciplinares, pueden explicar los riesgos de enfermar y apoyar la normatización y acción preventiva por parte del Estado sobre la “máquina corporal”, pero no aportan en la interpretación de la vida y la salud

y en su construcción y fortalecimiento; y por último una excesiva confianza en el poder del Estado para el logro de la salud.

Esto le llevó a plantear que se requiere interpretar la vida a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio; aspecto que demanda reconocer y apoyarse en propuestas epistemológicas y ontológicas diferentes, que permiten interpretar la vida y, desde allí, comprender cómo engendra salud⁸.

Entonces, la metáfora del “poder de la vida” propone y obliga a la salud pública a que reflexione sobre la salud y busque aproximaciones filosóficas alternativas a la dominante, lo que lleva a apoyarse en propuestas teóricas y metodológicas diversas, más allá de la epidemiología y la administración en salud. Igualmente, generar una ruptura epistemológica en la aproximación a la realidad en salud y ejercer una hermenéutica diferente sobre la vida, por lo cual la salud pública tendría que cumplir un papel de intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

Acá Edmundo retomó la idea planteada por Boaventura de Sousa Santos, que a su vez la tomó de Bachelard. Santos ubica unos problemas y limitaciones causados por la ruptura bachelariana, pero a pesar de esto no recomienda su abandono, sino la necesidad de un nuevo reencuentro de la ciencia con el sentido común, sentenciando que una vez hecha la ruptura epistemológica, el acto epistemológico más importante es la ruptura con la ruptura epistemológica.

Por el mismo camino, Edmundo planteó recurrir a la hermenéutica, entendida como el co-

nocimiento y arte de la interpretación. Retomó la propuesta de Mario Testa de acudir a una doble hermenéutica trabajada por Habermas y Giddens: una que implica una inmersión directa del cientista social con la población y en su mundo de la vida; la otra con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia. Es decir, una hermenéutica que reconoce y valora la interpretación del mundo cotidiano con la sistemática del investigador, sin jerarquías entre ellas.

En este sentido, el método científico positivista basado en la idea de que la verdad es universal, debe dar paso a una propuesta metodológica que también considere las “verdades” particulares y diversas, ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano “instituyen nuevas normas”.

Y en el mismo camino, el método de la salud pública también tendrá que entender a la salud como la capacidad de romper las normas impuestas y construir nuevas normas bajo los requerimientos de adaptación al mundo cambiante, reconociendo la autopoiesis de los seres humanos.

Sintetizó que la salud pública, en el marco de la metáfora del “poder de la vida”, tiene que necesariamente aceptar la temporalidad, y en esa medida está compelida a entender que los planteamientos requeridos para la superación de la salud no se encuentran únicamente en la construcción de una “ciencia” representativa de toda la supuesta verdad y en un Estado o centro intérprete y legislador de toda normatividad necesaria para lograr la salud, sino que la acción fundamental radica en la constante e infinita normatividad que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y consensual, acción que la salud pública debería constantemente interpretar y reinterpretar.

6 En esta reflexión, Edmundo retomó desarrollos hechos por Humberto Maturana, médico, biólogo y epistemólogo chileno.

7 Se refería principalmente a la epidemiología y la administración en salud.

8 Edmundo convocó a aproximarse a los desarrollos en esta dirección hechos por Nietzsche, Maturana, Varela, Heidegger, Echeverría, Foucault, Habermas, entre otros.

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

Por último, como ventaja de asumir esta “metáfora del poder”, vio que la noción de promoción podía ganar una fuerza inusitada, pero no solo como una concepción de promocionar los comportamientos y “estilos de vida” universalmente reconocidos por la epidemiología, sino como comportamientos autopoiéticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones. Con esto, el carácter “civilizatorio” o mesiánico de la ciencia occidental perdería su puesto, para compartir conocimientos, saberes y prácticas con las otras culturas, posibilidad que puede llevar a reconocer y dar importancia a otras racionalidades.

Es indudable que esta metáfora de la vida da la posibilidad de descentrarse de la enfermedad y de la muerte, reconocer diversas formas de interpretación y conocimiento de la vida y recuperar conceptos tan valiosos como el de promoción de la salud, no solo como un aspecto individual, sino como un nuevo paradigma que junta la perspectiva de los determinantes sociales con la acción intersectorial y con la acción de sujetos de derecho diversos. El asunto de cómo avanzar hacia allí no es tan claro, en un contexto donde prima la antítesis de la “metáfora de la muerte”, en tanto la vida se ha subordinado a la acumulación del capital, a lo material; talvez, como igualmente lo expresó Edmundo, acá debemos recurrir a la ética, para que la sociedad valore lo que es más adecuado.

2. La metáfora del “poder del conocimiento”

La salud pública, al constituirse sobre los postulados de la ciencia positivista, con sus desarrollos tecnológicos, dice Edmundo, generó el mito de que la ciencia solucionaría todos los problemas, en todo lugar y en todo tiempo, y en el terreno específico de la salud, haciendo creer que esta se lograría por descuento de la enfermedad.

La metáfora sobre el “poder del conocimiento” implica acabar con la fe ciega en que la ciencia positivista y la tecnología resolverán todos los problemas existentes en el mundo. En ese sentido planteó, a partir de reconocer que el poder para hacer depende, en mucho, del poder del conocimiento y de la tecnología, que para variar el quehacer de la salud pública es necesario reconocer que éste depende también de otros poderes que han sido tomados en consideración por otras metáforas.

Frente a los actuales desarrollos de la tecnología, planteó que para la “enfermología pública” se estaban abriendo inmensas potencialidades en el ámbito del poder hacer: por ejemplo, con los desarrollos de la biotecnología y la informática, pero reconociendo el riesgo de profundizar su crisis, en el sentido de que tales adelantos pueden ahondar las exclusiones presentes en el capitalismo globalizado.

En este sentido, para Edmundo, desde la “metáfora del conocimiento”, lo que debe abrirse es un camino, de un lado para el reconocimiento de los diversos conocimientos y la posibilidad de diálogos y construcciones conjuntas entre ellos; y de otro, transformar el campo del hacer que posibilite la aplicación real de los adelantos científico-técnicos, de manera justa y equitativa. Igualmente, reconociendo que los adelantos en la informática podrían ser usados para interconectar experiencias diversas, temporales, locales, que persigan la forja de normas basadas en la vida en sus variadas expresiones. Para él,

desde este aspecto, la salud pública debía comprometerse a utilizar los conocimientos y las tecnologías adecuadamente, al servicio de lo humano, y no de la acumulación del capital, en tanto no es el conocer por el conocer, sino el entender para actuar.

Acá también surge la pregunta de cómo avanzar en el sentido de la “metáfora del poder conocimiento”, en tanto los poderes hegemónicos del conocimiento imponen su mirada, forma de conocer y de actuar, desconociendo y subordinando las otras metáforas de conocer, por lo cual se hace necesario potenciar desde los conocimientos no reconocidos, o no oficiales, una metáfora contra hegemónica que dispute el terreno epistemológico, aun cuando no tenga el interés de desplazar y subordinar otras formas de interpretar.

3. La metáfora del “buen poder político”

Algunas de las críticas provenientes del campo de la izquierda ubicaron que la problemática fundamental está en la forma de ejercicio del poder. Mientras tanto, para otras posturas, las limitaciones también tienen que ver con la pobreza de la teoría epidemiológica y las limitaciones conceptuales relacionadas con la organización de la respuesta social en el campo de la salud. Por esta razón, se requiere un abordaje desde la determinación social.

Dadas estas consideraciones, emerge la “metáfora del buen poder”. Si el poder pasara de los dueños del capital a los representantes de la voluntad de las clases subalternas, posibilitaría una ampliación de coberturas, eficiencia y efica-

cía de los servicios de salud. Se avanzaría en la profundización de la teoría y la práctica de la salud pública; se lograría un mayor control social y se construiría ciudadanía en salud, al mismo tiempo que se avanzaría en la forja de un Estado que brinde beneficios equitativos.

Esto, según Edmundo, posibilitaría producir de manera diversificada y ampliada importantes aportes en todos los campos de la salud pública: en el ámbito de la epidemiología se avanzaría en el estudio de los determinantes sociales, económicos y políticos sobre las enfermedades; y en el ámbito de las políticas y acciones en salud, se establecerían sus limitaciones cuando están supeditadas al patrón de acumulación dominante en el capitalismo, o a las formas de dominación vigentes.

Con la crisis económica de la década de los 80, se posibilitó la aparición de una metáfora renovada, la del “buen poder del mercado”, sosteniendo que el mercado era la solución para la crisis porque constituía el espacio que mejor satisfacía las necesidades y redistribuía la riqueza. Esto atentó contra la metáfora del “Estado como mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicas”, al debilitar el estado social de derecho, propinándole un golpe a la enfermología pública, reduciendo lo público a las externalidades⁹ y dejando la responsabilidad del descuento de la enfermedad a los propios individuos y sus familias, lo que hoy se conoce más claramente como manejo social del riesgo.

Es indudable que, en relación a la “metáfora del buen poder político”, la apuesta de manera clara es la apuesta a una “metáfora del buen poder político socialista”, retomando los aportes hechos

9 Término tomado de la economía y que, en el campo de la salud, según explicaba Edmundo, serían aquellas enfermedades que no son del ámbito personal y que pueden producir problemas a otras personas, como las enfermedades infecciosas; o en lo público serían bienes que al ser consumidos por una persona no se agotan, como el aire. Este concepto hoy ha contribuido a transformar profunda y negativamente la acción de la salud pública en los países que han estructurado sus políticas de salud desde la lógica de la economía neoclásica.

desde la teoría crítica de la medicina social latinoamericana, en contraposición a la “metáfora del poder político capitalista” o, más actualizada, la “metáfora del buen poder del mercado”, planteamiento que estaría aportando a la configuración de una contrahegemonía, potenciándose mutuamente con la “metáfora de la vida” y la “metáfora del poder de los conocimientos”.

El trípode teórico-metodológico sustento de lo alternativo y contrahegemónico

Analizada la perspectiva de la salud pública tradicional y sus posibles salidas desde la ruta de las metáforas, Edmundo planteó que la salud pública alternativa surgiría desde lo local, del mundo del presente, respetaría lo temporal, intentaría comprender lo complejo, no desecharía lo diverso, daría un gran valor a lo autopoietico, reconocería varias racionalidades, y entre ellas la científica. Tendría un eje ético muy fuerte, con lo cual apoyaría el fortalecimiento de los movimientos sociales con los que, a su vez, podría presionar con más fuerza al Estado intermediador estratégico, y enfrentaría las presiones de los poderes supra y subnacionales, para vivir un mundo más humano y no necesariamente para tomar el poder del Estado.

Para hacer realidad esa salud pública alterna, planteó que se debía construir sobre un trípode teórico-metodológico diferente:

- 1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida.
- 2. Un método que integra diversas metáforas, que hace variadas hermenéuticas, pero con un importante peso de la metáfora del “poder de la vida”.

- 3. El poder de la identidad, que se refiere al poder del individuo, de la “tribu” de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, y que conminan al Estado a cumplir su deber y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales; y a la vez pluraliza las identidades sin miedo.

Y al plantear este tercer aspecto del trípode alternativo, buscó conectar y reconocer la necesidad de escuchar con más atención las voces de los movimientos sociales para reconstruir la salud pública con mayor pertinencia; porque entendió que, al hacerlo, se podría conformar una respuesta diferente, quizás cercana a la metáfora fundamental que propuso, del “poder de la vida”.

Edmundo, al pertenecer al mundo andino, se acercó a las formas diferentes de ver el mundo que en él existen. Tal vez el *Sumak Kawsay*, que aunque él no lo retomó explícitamente en sus escritos, es un concepto clave para avanzar en la salud pública alternativa, en tanto se inscribe en un concepto integral de buen vivir, distinto a la vida buena, más cercano a un equilibrio armónico entre la vida humana y todas las formas de vida de la naturaleza, con unos tiempos circulares y no lineales, lo que rompe con el paradigma instrumental de la racionalidad positivista. Esta cosmovisión andina puede aportar a entender el mundo de manera más integral, sin desligar la salud de la vida, y la vida del equilibrio y respeto por la naturaleza.

La propuesta de Edmundo: De un trípode positivista a un trípode hermenéutico-dialéctico

De	Hacia
Presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte	Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida
Método positivista	Un método que integra diversas metáforas, que hace variadas hermenéuticas
Aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención	El poder de la identidad: el poder del individuo, de la “tribu” de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, conminan al Estado a cumplir su deber y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infra nacionales

El rol de las y los salubristas públicos

Edmundo entendía que la salud pública abordaba tres esferas: práctica institucional/disciplinaria/acción estatal, pero que ésta debía migrar, a

partir del análisis crítico que había hecho, hacia: práctica social/transdisciplina/potencial poder en el flujo¹⁰.

La propuesta de Edmundo: De un contenido tradicional de la salud pública a uno alternativo

Categorías	De	Hacia
Práctica	Institucional	Institucional + Social
Disciplinar	Monodisciplinar	Transdisciplinar
Acción	Estatad normativa	Estatad como intermediadora en el flujo del poder supranacional y subnacional Control social.

10 Dado el cambio del papel del Estado en la globalización neoliberal, donde, en el contexto actual, según Edmundo, debería jugar un papel intermediador en el flujo del poder supranacional y subnacional.

Al caracterizar y analizar críticamente la salud pública tradicional, entendió la necesidad también de afectar la formación y el rol de los y las salubristas públicas.

Entendió que el salubrista se había constituido en un agente del Estado y de la técnica, un interventor técnico-normativo, quien, a través de su accionar, lograba hacer efectivo en las instituciones de atención médica y en la población el 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. Y para cumplir este accionar interventor técnico-normativo, el salubrista requería:

- Integrar y acumular conocimientos, habilidades y experiencias depositadas en los cánones científico-técnicos, con los cuales el salubrista podía llevar a cabo el cálculo del riesgo, lo que le demandaba saber aplicar las metodologías de investigación positivas específicas.
- Apoyar la elaboración y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado referidas a la enfermedad pública y a las respuestas sociales organizadas sobre ésta.
- Organizar, desarrollar y cuidar los servicios encargados de prevenir las enfermedades y apoyar la administración de aquellas instituciones destinadas a tratarlas.
- Educar a la población para que adquiriera los conocimientos y técnicas que permitirían calcular sus riesgos, prevenir las enfermedades y, al mismo tiempo, sustituir sus saberes y prácticas tradicionales (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.

En este sentido, Edmundo sostuvo que, bajo este paradigma, la y el salubrista del siglo XX estaban encomendados a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; observando

a la población, pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; e intervenir sobre la población, transformada en objeto, que no solo debía ser intervenida con la ciencia y la técnica, sino que tenía, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa.

La salud pública alternativa entonces, sin lugar a dudas, –planteó– necesita transformaciones en el ámbito de la formación del personal, para pasar de una formación del salubrista adecuado para la metáfora de la enfermología pública relacionada con una imagen del salubrista interventor técnico-normativo, a una de sujeto intérprete-cuidador y mediador. Intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su salud y enfermedad; y mediador estratégico con los poderes científico, político y económico, para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Con la tarea de sujeto intérprete-cuidador, sostuvo que la formación del salubrista debía dar cuenta del 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.

Y, con la tarea de mediador, sostuvo que la formación del profesional debía dar una respuesta diferente ante los cambios que vivimos, estableciendo como eje la vida y el accionar de la población, 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 obligaría a las instituciones formadoras a man-

tener una posición ética de defensa de la vida natural y social, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía; y, a la vez, demanda adoptar una actitud reflexiva sobre las propias capacidades de conocer y actuar, y sobre el uso de la ciencia y la tecnología y sobre el compromiso de desarrollar formas de conocimiento prudente para una vida decente.

Aquí hay que mencionar que, dado el acercamiento que en su último periodo de trabajo intelectual hizo Edmundo con el pensamiento de Boaventura de Sousa Santos, podría incluirse como un rol adicional del y la salubrista pública el de la traducción intercultural, entendida como un procedimiento que permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias del mundo, tantos las disponibles como las posibles. La traducción iría más allá de la interpretación, incluyéndola, y, para el campo específico de la salud pública, implicaría, por ejemplo, un trabajo de traducción entre diversas medicinas (occidental, tradicionales populares, indígenas, orientales, entre otras), que permita reconocerlas y entenderlas para establecer procesos de

complementación entre saberes y prácticas distintas de construcción de vida y salud.

Para Boaventura de Sousa hay una necesidad de nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimientos, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las injustas desigualdades y las discriminaciones causadas por el capitalismo y por el colonialismo. A esto, Santos lo denomina “Epistemología del Sur”, que se apoya en dos ideas centrales, la “Ecología de Saberes” y la “Traducción Intercultural”.

En este sentido, desde la salud pública alternativa también habría un rol del y la salubrista pública como traductor intercultural, pero reconociendo que ejercer este rol implica necesariamente la articulación con otros actores del campo social de la salud que existen en las comunidades, para que se pueda dar la traducción intercultural al generarse los vínculos necesarios para lograr la inteligibilidad de los diversos conocimientos y prácticas.

La propuesta de Edmundo:
De un rol tradicional a uno alternativo del salubrista público

De	Hacia
Interventor técnico: para llevar a cabo el cálculo del riesgo; 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, velar por la sistematización y desarrollo de los conocimientos y normas.	Sujeto intérprete-cuidador: Intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su salud y enfermedad.
Interventor normativo: para ayudar a elaborar y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado.	Mediador: estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.
	Traductor intercultural: lograr la inteligibilidad de los diversos conocimientos.

Hacia metodologías y métodos alternativos

Para Edmundo, la salud pública como disciplina, a más de encontrar nuevos derroteros filosóficos, tenía que encontrar métodos posibles para poder entrar en un proceso de transición paradigmática. En este sentido, planteó la necesidad de llevar el debate filosófico y teórico al campo del método, para lo cual propuso apoyarse en la propuesta de Habermas sobre la “doble hermenéutica” y de Boaventura de Sousa Santos sobre la “doble ruptura”, y proponer la posibilidad de encontrar una doble ruptura en la investigación-acción en salud pública con miras a alcanzar, conforme propone el último autor, un “conocimiento prudente para una vida decente”.

Estas propuestas podrían contribuir a organizar el proceso de conocimiento para dar paso a ecologías de saberes que posibiliten escuchar silencios o visualizar no existencias producidos por la ciencia hegemónica, como lo plantea Boaventura.

Desde el planteamiento de Habermas se inicia por una hermenéutica 0, referida a la propia precomprensión de los actores, o sentido común, para luego pasar a una hermenéutica 1 que busca una validación racional o científica, o la ampliación y profundización de las razones precomprendidas, pudiéndose establecer la validación a través del acuerdo intersubjetivo de los actores. Para Edmundo, esta doble hermenéutica propuesta por Habermas posibilitaría romper la dictadura de la razón instrumental, ante el requerimiento de que se consideren otros discursos representados por las verdades, veracidades y eticidades de los objetos-sujetos de investigación; entendiendo que los actores, con sus culturas propias, traen interpretaciones distintas sobre la naturaleza, muchas de ellas más vitales que aquella defendida por la razón instrumental, en donde la naturaleza podría aparecer y tener presencia en expresiones múl-

tiples y no solo en su valoración como mundo-máquina.

Desde esta doble hermenéutica propuesta por Habermas y llevada al campo de la salud pública por Edmundo, se daría cabida al renacimiento de una naturaleza no objetualizada, base epistemológica para colocar en acción la “metáfora de la vida”.

Desde la doble ruptura propuesta por Boaventura de Sousa, Edmundo retoma la comprensión de que el proyecto de modernidad se propone dos formas de conocimiento, el conocimiento-regulación, cuyo punto de ignorancia se designa por caos y cuyo punto de saber se designa por orden, y el conocimiento-emancipación, cuyo punto de ignorancia se designa por colonialismo y cuyo punto de saber se designa por solidaridad; en donde lo característico de la modernidad ha sido que el conocimiento-regulación ha dominado al conocimiento-emancipación.

Por tal razón, entonces, según este planteamiento, la alternativa consiste en encontrar la forma de fortalecer el conocimiento que conduzca a la solidaridad, para lo cual Boaventura recomienda un conjunto de requisitos que van desde pasar del monoculturalismo al multiculturalismo, del peritaje heroico al conocimiento edificante, y de la acción conformista a la acción rebelde.

Edmundo retomó estos desarrollos y los puso en juego en los procesos en que participó, de construcción de varias maestrías de salud pública, donde pretendió hacer la desconstrucción hermenéutica de los momentos investigativos referidos a la delimitación del problema, marco teórico e hipótesis, criticando algunas de las lógicas productoras de “ausencias”.

Este concepto también lo retomó de Boaventura de Sousa, el cual se refiere a la invisibilidad proveniente de la racionalidad indolente, positivista, eurocéntrica, que no reconoce ni valora la

multitud de experiencias del mundo; por lo cual Santos propone ampliar el presente, dando a conocer más experiencias sociales, proponiendo la construcción de otra racionalidad que denomina *Sociología de las Ausencias*.

Por esta vía, Edmundo planteó que la *monocultura del saber y del rigor del saber* ganaba multiculturalidad, en la medida en que la metodología podía ser corregida por la metódica; la *monocultura del tiempo lineal*, criticada, ante la posibilidad de que saberes supuestamente atrasados entraran a confrontar con el saber supuestamente superior; y la *lógica de la escala dominante* perdía fuerza, ante la posibilidad de que saberes particulares tuvieran presencia y pudieran dirimir las acciones.

Otro aspecto abordado por Edmundo para revisar la metódica fue el aspecto del tiempo; planteando, por un lado, que la metodología marxista se había centrado en abordar el vector pasado-presente, para dar cuenta de lo dado, y de comprender e interpretar lo determinado; pero, sin desestimarla, trascendió este postulado al constituir e iniciar el énfasis en lo que él llamaba el vector presente-futuro, para entender y profundizar en lo que se está dando, cambiando, transformando; en la búsqueda del uso de categorías que asumieran la circularidad del tiempo para tomar la fuerza del pasado y construir desde las fuerzas presentes un sujeto político.

La propuesta de Edmundo: De método/metodología tradicional a una alternativa

De	Hacia
Conocimiento-regulación	Conocimiento-emancipación
Monocultura	Multicultura
Conocimiento científico	Sentido común + conocimiento científico
Vector pasado-presente	Vector pasado-presente-futuro
Acción conformista-subordinada	Acción emancipadora
Éxito técnico	Logro práctico

Un legado que deja retos para profundizar

Este artículo espera haber dejado claros algunos de los postulados hechos por Edmundo para entender las bases epistemológicas de la salud pública tradicional y su implicaciones en la formación y la práctica; las fisuras-rupturas que él ubicó para proponer nuevas metáforas, con la pretensión clara de generar una teoría y una práctica alternativas de la salud pública, que demandan necesariamente cambios en la formación y en el quehacer de las y los salubristas públicos, y en su relación con la sociedad y sus expresiones organizativas.

Edmundo murió en un nivel muy alto de su comprensión y producción intelectual, que le había permitido retomar la producción de la medicina social-salud colectiva latinoamericana en los aspectos referentes al análisis epistemológico de la salud, y colocarlos en diálogo con la producción de otras disciplinas, especialmente de la filosofía y la sociología, pero llamativamente acudiendo también a desarrollos desde la biología, la ecología y la física, para plantear un camino por la vía de unas nuevas metáforas para la salud pública.

Acá están el legado y el reto dejados por Edmundo, que hace necesario que la medicina social-salud colectiva no los abandone, bajo la claridad

que, de no producir rupturas epistemológicas y metódicas, no será posible recomponer un saber contrahegemónico en salud pública, y a la vez una formación y una práctica contrahegemónica.

Como militante de la medicina social latinoamericana, considero que tenemos el deber de no dejar empolvar y olvidar los desarrollos teórico-metodológicos legados por Edmundo, que al mismo tiempo conminan a esta corriente de pensamiento a implementar la doble hermenéutica propuesta por él.

Hermenéutica que nos llama a hacer una inmersión profunda en los procesos sociales donde se

construye la vida y la salud; reconocer que la salud pública también se ha innovado en los propios movimientos de mujeres, de derechos humanos, de defensa del ambiente, en las comunidades autónomas (hoy claramente reveladas en experiencias como la de los servicios autónomos de salud de las comunidades zapatistas en Chiapas), y reconocer y conectar la sabiduría popular y experiencias producidas por los pueblos originarios (que pueden hoy darnos claves como la de *Sumak Kawsay*), en la vía de encontrar allí las bases para construir las necesarias nuevas epistemes y elaborar renovadas explicaciones que posibiliten acumular para la construcción de la contrahegemonía en el campo de la salud, a la cual hemos apostado y aportado por décadas.

Bibliografía

Textos de Edmundo Granda revisados:

- Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina. Ponencia presentada en La Habana, 1990.
- Escuela de Salud Pública: un espacio para la lucha en salud. Discurso pronunciado en la inauguración de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito, 1991.
- Algunas reflexiones sobre la concretización y contextualidad de la realidad en la investigación-acción en salud colectiva. Documento de discusión. Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito, 1993.
- Salud pública e identidad. Ponencia presentada en el Foro “Modelos de desarrollo, espacio urbano y salud”. Bogotá, 1999.
- La Salud Pública y las metáforas sobre la vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2001; 18(2):83-100.
- ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Rev. Cubana Salud Pública. 2004; 30(2): 148-59.
- ¿Quo vadis Salud Pública? Ponencia presentada en el II Foro Peruano de Salud. Lima, agosto de 2004.
- El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional de Salud Pública “Salud, ambiente y desarrollo. Un reencuentro con los temas fundamentales de la salud pública”. Medellín, 2007.

Otros textos:

Boaventura de Sousa Santos. De la crítica del pensamiento crítico al pensamiento alternativo. Ponencia presentada en el conversatorio “Globalización, diversidad y pensamiento crítico”, Jornadas preparatorias del Foro Social Américas, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, 4 de marzo de 2004.

Boaventura de Sousa Santos. Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del sur. Siglo XXI Editores. Universidad de los Andes. Bogotá, 2010.

José Saramago. Ensayo sobre La ceguera. Alfaguara. Buenos Aires, 2007.

Mauricio Torres-Tovar. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Rev. Cubana Salud Pública, oct.-dic. 2007, vol.37.

Mauricio Torres-Tovar. La defensa radical de la vida y la salud, elemento central para una agenda política y social común en América Latina: el aporte de la medicina social. En: ALAMES en la memoria. Selección de lecturas. Ciudad de La Habana, 2009.

Mauricio Torres-Tovar. De paso por territorio autónomo zapatista, conociendo su organización y sistema de salud, Revista Posibles, No. 3, pags. 41 – 43, 2009
<http://www.elagora.org.ar/site/posibles/N3/PoSIBLES-3.pdf>

Artículo 6

La construcción de salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, aproximaciones iniciales

Zaida Victoria Betancourt Aragón¹

“La posibilidad de construir una presencia fuerte por parte de la salud pública parece no radicar en escoger un camino que lo lleve a una supuesta verdad; es por esto que al intentar cambiar como práctica social/disciplinada/función estatal, es fundamental que reconozca que a) las prácticas deben relacionarse con la vida en su complejidad, diversidad y eterna temporalidad; b) sus teorías, métodos y técnicas vendrán de diversas disciplinas (epidemiología, gestión y ciencias sociales); y, c) su accionar no es ni podrá ser únicamente estatal sino muy ligado al mundo de la vida individual y colectiva con miras siempre a forjar públicos e identidades por la salud que guíen y ejerzan control social sobre el Estado para el cumplimiento de sus deberes” (Granda, 2004b)

La Constitución Ecuatoriana del Sumak Kawsay² sintetiza la dinámica de los movimientos sociales que en tiempos neoliberales potenciaron su resistencia en acciones y pensamientos que trascendieron el enfoque desarrollista y economicista para vivir bien. En este movimien-

to diverso, la salud pública hizo lo propio: desde diferentes espacios fue construyendo formas de entender y accionar sobre la salud. Este proceso contó con pensadores como Edmundo Granda, quien, desde su participación en algunos colectivos, brindó elementos de comprensión que surgieron desde la acción política diversa, sobre la cual no se ha escrito ni reflexionado lo suficiente. Una de las explicaciones de esta insuficiencia es que la riqueza de este movimiento en salud, diverso y disperso, no ha permeado los grandes eventos del sector salud, de defensa legítima institucional: su quehacer tradicionalista se ha centrado en la atención de la enfermedad.

Considero importante caminar este sendero dialógico, no solo en memoria del compañero que estuvo inmerso en algunos procesos de salud y vida, sino, ante todo, por los retos que enfrenta el país, y la necesidad de construir un movimiento político que aglutine desde la diversidad, descentre la enfermedad y camine por la salud desde la vida, y no solo desde los servicios (Granda, 1997, 1999a, 2000, 2007).

- 1 **Zaida Victoria Betancourt Aragón.** Ecuatoriana. Médica especializada en Investigación y Administración en Salud. Diploma Superior en Ciencias Sociales, Género, Gestión y Políticas Públicas. Magíster en Ciencias Sociales con Especialización en Género y Desarrollo (FLACSO). Ha realizado estudios antropológicos. La autora agradece a Marcia Elena Álvarez, Oscar Betancourt, Patricia Costales, Virginia Gómez De la Torre, Soledad Guayasamín, Sandra Jaramillo, Pablo Jiménez, Raúl Mideros, Hugo Noboa y Mauricio Torres, quienes revisaron el texto y lo enriquecieron con sus sugerencias.
- 2 Ariruma Kowi establece que el Sumak Kawsay “Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis el sumak kawsay significa la plenitud de la vida. es vivir en armonía”. (Kowi, 2011. Disponible en http://www.uasb.edu.ec/padh_contenido.php?cd=3272&pagpath=1&swpath=inf&cd_centro=5&ug=pu. Visitado 5 de marzo de 2011).

Desarrollo este artículo en tres momentos. En el primero, realizo una breve explicación de los presupuestos de este trabajo; en un segundo momento me detengo para caracterizar la construcción de la salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, y cierro con algunas reflexiones como retos de asunción mínima para el gobierno y sus cuadros sanitarios, para emprender un camino emancipador.

Algunas ideas que esbozo están contenidas en los artículos de Edmundo; en tal sentido, este documento es una invitación a profundizar la potencialidad de su pensamiento y, ante todo, recordar e indagar en el aporte de los movimientos sociales para la salud como un derecho humano integral e indivisible.

I. Presupuestos

Pretendo acercarme y dar pasos iniciales para mirar la salud desde la complejidad (Morin, 1997) de los movimientos sociales, porque asumo que la salud “no es solamente lo que ha sucedido y que se ha coagulado o cristalizado como estructura, sino que es además, aquello que se presenta como opción.../.../...como posibilidad de que exista la aparición de fuerzas nuevas por el accionar social que hoy y mañana pueden producir los hombres (añadiría mujeres) organizados” (Granda, 1992: 3). Significa, entonces, mirarla como una serie de acontecimientos, esto

es, como algo que emerge como un campo de posibilidades (De Souza, 2003).

Coincido con Edmundo,³ pues me concibo mestiza, ecuatoriana, mujer y por tanto con raíces indias, intentando mirar la salud y la vida con lo que creo conocer⁴, y con lo interactuado no solo con pensadores, sino con el privilegio de haber compartido la construcción de la utopía sanitaria ecuatoriana con diversos sujetos y actores, comprendiendo mi propia salud y vida, de la mano con mi familia, mis amigos y amigas, compañeros y compañeras de profesión, y algunos de los grupos organizados de mi país. Parafraseando a Maturana, diría que mi salud no está fuera de mí, sino que se construye desde mi cuerpo y mi subjetividad corporal en interrelación con lo social, lo cultural, lo político, y con las posibilidades de este tiempo y espacio concreto (Granda, 1992, 1998a). La salud no es la categoría social a la que puedo verla extraña a mi ser, como cuando manipulábamos cadáveres en el anfiteatro en nuestra formación médica, convencidos de que esos cuerpos no se relacionaban con nuestra propia corporalidad y existencia.

La salud del Ecuador confronta profundamente mi propio proceso de estar sana, y desde allí, intento colocar la salud en movimiento en el Ecuador, en los últimos treinta años. Los otros presupuestos que sustentan esta aproximación son:

a) La crisis de la modernidad, que colocó en la ciencia y en la razón uno de sus instrumentos centrales para comprender la totalidad y servir a la promesa de un progreso que resolvería todos los males. La promesa no se cumplió y exigió la caída del Angeles Novus que, sumergido en el pasado, en medio de los horrores de la modernidad, debe tomar la “energía necesaria para volar de nuevo” (De Souza, 2003: 67) a través de la acción de los movimientos sociales y la inclusión de lo diverso.

Esta crisis se evidencia en la salud. El desarrollo científico y tecnológico no ha resuelto las emergencias sanitarias, no solo porque existe un acceso inequitativo a los avances científicos, sino también porque estos problemas emergen de determinantes, condicionantes y relaciones sociales (violencia, desnutrición, enfermedades infecciosas, VIH, accidentes, depresión, suicidios, etc.) que complejizan nuestras formas de comprender y de resolver los problemas.

“Nuestros sueños de salud fueron también sueños científicos. Pensábamos que la razón-ciencia-técnica daría total cuenta de nuestros problemas. El extraño matrimonio de la ciencia con la enfermedad produciría, paradójicamente, la salud; la intervención científ-

fico-técnica sobre el cuerpo individual y la acción científico-estatal sobre los cuerpos colectivos transformados en objetos asegurarían el éxito” (Granda, 1997: 98).

b) El convencimiento de que el quehacer en salud debe articular movimientos, saberes, actores y enfoques. Se trata de interculturalizar el conocimiento, incluso las creencias; interdisciplinar el quehacer, para transdisciplinarlo al servicio de la vida.

En ese sentido, la promoción de la salud⁵ se vislumbra como un nuevo paradigma en construcción, que exige para su concreción potencialidades articuladoras, para dar vida al mandato constitucional ecuatoriano (2008), rico en preceptos de salud, y brindar posibilidades de realidad a sueños y utopías. Cabe destacar que en algunas experiencias ecuatorianas, insuficientemente indagadas, la promoción de la salud fue un instrumento emancipador para recorrer “espacios y fronteras, hacia caminos y horizontes saludables”⁶.

c) La defensa de lo público, pues los intentos neoliberales han resquebrajado lo público, en una tensión entre la defensa la salud como un derecho humano, en desmedro de una tendencia de mirarla como una mercancía.

3 Edmundo Granda decía: “...ahora que hablamos de utopía –como un término heredado de la cultura europea y necesario para abrir nuevas posibilidades de soñar y luchar-, ésta hace referencia al futuro. Este futuro se identifica en nuestra circunstancia de dominación con una necesidad de mirar hacia atrás con miras a rescatar lo nuestro para construir la libertad que siempre se ubica en el ahora y en el mañana... Extraña situación, queremos encontrar el futuro en el pasado. Como indios que somos, con una distinta concepción sobre el absoluto y sobre el individuo, o si ustedes quieren, sin una concepción sobre el individuo sino sobre lo colectivo, la conceptualización del tiempo varía notablemente y, quien sabe, contradictoriamente con aquella Marxiana herencia del Romanticismo Alemán” (1992: 8).

4 Edmundo insistía en la necesidad de integrar nuevos elementos para asumir otros niveles de comprensión, es decir, entender que “no vemos que no podemos ver, que no comprendemos que no podemos comprender”, lo cual conlleva el riesgo de no hacer nada nuevo ante la propia limitación del hacer monótono, rutinario (1997: 226).

5 El origen de la promoción de la salud en un continuo proceso de construcción, se remonta a la medicina social de Wirchow, Peter Frank o incluso, en tiempos más lejanos, en las formas de vivir, sanar y curar de pueblos milenarios orientales, occidentales y andinos. Su importancia para los Estados se inicia con la Declaración de Alma Ata (1977), el informe de Lalonde (1974), el establecimiento de Estrategias de Acción en la Declaración de Ottawa (1986) y con la Conferencia de Santa Fe de Bogotá (1992), que posicionó como desafío la transformación de las relaciones excluyentes “conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos” y el fortalecimiento de la “solidaridad, la equidad social” como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. Emergió el rostro latinoamericano que no puede centrar su mirada en los estilos de vida o la mejora de lo urbano, sin dar cuenta de la equidad y la igualdad.

6 Título de la sistematización de la experiencia del Proyecto Desarrollo de Espacios Saludables (OPS, 2003), que se realizó en la provincia de Loja entre 1996 y 2003.

Se trata de una tensión constante que dificulta una consecuencia en el discurso de la defensa de lo público, pues persisten muchas decisiones de política pública de privatización. Esto se fortalece por una tensión social existente entre procesos de medicalización que proliferan, y otros de resistencia que posicionan la idea de que la salud pasa por un cuerpo individual-social, cuyo eje de curación es un espacio de autonomía y autodeterminación.

II. La construcción de la salud en el Ecuador, desde los diversos movimientos sociales

“Hablan y gritan con más fuerza las “tribus” excluidas que intentan transformarse en sujetos sociales, públicos organizados o movimientos sociales. “Tribus” que en un comienzo oponen y resisten la agresiva exclusión por parte de la red, más tarde construyen su identidad al margen de esa red excluyente y, por último muchas de ellas proponen y convocan a buscar salidas más solidarias. Siempre parten de sentires diversos, hablan lenguajes distintos y se mueven con racionalidades diferentes, pero todos esos sentires, lenguajes, racionalidades y acciones surgen de su experiencia inmediata vulnerada, de su mundo cultural amenazado, de su vida diaria conflictuada, de sus identidades desgarradas” (Granda, 2000: 143-4)

Canguilhem establece que la “salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida” (Pasos, 1997; Granda, 1997). Si asumo que la salud

“es una distinta manera de concebir el arte de vivir” (Cáceres, 1995: 81), esto me lleva a encontrar nuevas aristas de construcción de la salud desde los movimientos sociales, en donde los sujetos sociales organizados, sus intelectuales y organizaciones, configuran diversas entradas de abordaje, al constituirse desde sus identidades y necesidades como sujetos de derecho⁷. En otras palabras, los repertorios de acción colectiva se han realizado desde las tradicionales actividades directas como movilizaciones y denuncias, hasta los más modernos métodos de negociación con el Estado, que han permitido reformas jurídicas, institucionales y resarcimiento de derechos con el apoyo de diferentes organizaciones de la sociedad civil y el Estado.

Edmundo, citando a Heidegger afirmó que *“accionar es conocer y existir”* (1999b, 2000a) y ciertamente que los movimientos sociales se constituyen y/o emergen en la acción política, pues responden a un *“comportamiento conflictivo que no acepta los roles impuestos por las normas institucionalizadas, anula las reglas del sistema político y/o ataca la estructura de las relaciones”* (Melucci citado en Ledesma, 1994).

Entonces, con los movimientos sociales ecuatorianos, elaboro este mosaico sanitarista con la emergencia de diversos sujetos sociales que reivindican la salud y la vida. No pretendo agotar el tema, sino más bien establecer aproximaciones iniciales que dan cuenta de: nuevas conceptualizaciones del proceso salud-enfermedad; avances jurídicos internacionales y nacionales; la creación de una nueva institucionalidad que

permea el Ministerio de Salud, el sector salud y los centros de formación; la potencia de algunas organizaciones no gubernamentales; la dinamización de redes nacionales e internacionales que convergen a la construcción de otros mundos posibles.

El punto de partida es mi formación médica en los años 80, que coincide con el auge de los movimientos de izquierda estudiantiles, obreros, barriales, populares y campesinos. En salud, resalto la presencia de la Coordinadora de Equipos de Salud Popular (CESAP) que aglutinaba a nivel nacional, a trabajadores de salud popular (médicas, enfermeras, promotores) y organizaciones populares vinculados a proyectos de desarrollo rural, que en 1987, desde un compromiso con los excluidos y con *“óptica de renovación de la práctica médica, convocaron a la formación de una red de intercambio y autoformación”* (CESAP, 1989).

A la par emergía la medicina social, que tenía núcleos diferenciales de desarrollo en la región. México profundizó en la salud laboral, Ecuador mostró la relación entre la clase social y el proceso salud enfermedad, Brasil trabajó en las relaciones sociales y en el entendimiento del Estado, y Argentina abordó los procesos mentales.

La intencionalidad de la medicina social fue sin duda trascender de una salud individual, asistencialista y preventivista, que entendía la salud como mercancía. En el Ecuador, el Centro de Estudios y Asesoría en Salud - CEAS⁸ fue más allá de la epidemiología tradicional, que en sus orígenes sustentó una teoría unicausal, que reconoció a la enfermedad con una causa única ubicada por fuera del cuerpo y que es la base de la microbiología. Posteriormente, la epidemio-

logía tradicional dio paso a la multicausalidad para explicar la enfermedad, y esta visión de múltiples factores se consolidó en la Tríada Ecológica de Leavell y Clark, que explican la pérdida de salud por un desequilibrio en el agente, huésped o ambiente (Breilh, 1995).

Hasta ese momento, la salud pública en el Ecuador había desarrollado un enfoque hegemónico, biologicista, pretendiendo homogenizar y esconder las diferencias; esforzándose por mostrar un mundo en donde el ideal de la salud se supone único, y hacernos creer que el mecanismo por el cual los seres humanos se enferman y curan es uno solo, el cual se realiza a través de una “máquina perfecta” que es el cuerpo (Granda, 1997, 1999^a, 2001, 2007).

El CEAS contribuyó con la idea marxista de determinación económica-social y geográfica, en la forma de enfermar, vivir y morir de las personas en tanto pertenecen a una clase social específica. Este planteamiento moderno denunció la injusticia social, y con énfasis en lo social más que en lo individual y lo biológico -coincidiendo con los movimientos de izquierda (organizaciones, partidos, sindicatos),- impregnó, desde la acción colectiva, de sentido a las personas. El énfasis fue económico y lo que más interesaba era disminuir la brecha de los empobrecidos.

Este primer momento de la medicina social coincidió con la estructuración de ALAMES, que aglutinó hace 25 años a pensadores que abrieron espacios de formación integral en algunos países de Latinoamérica, y cuyo bagaje de conocimiento no ha permeado suficientemente las políticas públicas de salud de los diversos países⁹, excepto experiencias como Brasil y México D.F.

7 Este sujeto social se construye en movimiento, y en criterio de Touraine establece tres componentes para formar la conciencia de sujeto: “En primer lugar, una relación del ser individual consigo mismo, como portador de derechos fundamentales, lo que marca una ruptura con la referencia a principios universalistas o incluso a una ley divina. El sujeto es su propio fin. En segundo lugar, el sujeto no se forma, hoy como ayer, más que si entra conscientemente en conflicto con las fuerzas dominantes que le niegan el derecho y la posibilidad de actuar como sujeto. Por último cada uno, en tanto que sujeto, propone una cierta concepción general del individuo. El sujeto no es un puro ejercicio de conciencia: necesita el conflicto para que se forme la acción colectiva. No obstante, es siempre individual. Incluso cuando se abisma en la acción colectiva, se siente defensor de un derecho universal” (2005: 140-141).

8 Organismo no gubernamental, fundado por Edmundo Granda y Jaime Breilh. Se considera pionero en el trabajo de la medicina social y en la recreación del pensamiento marxista hacia la comprensión del proceso salud-enfermedad.

9 Se esperaría que la medicina social, en este momento de cambios, brinde sus mejores herramientas a los diversos gobiernos latinoamericanos progresistas, denominados como “socialismos del siglo XXI”. Parecería que la creación de la Unión de Naciones Suramericana (UNASUR) y su brazo de salud pueden ser una oportunidad para la recreación del pensamiento de la salud colectiva.

En el Ecuador, en las décadas de los 70 y 80, y principios de los años 90, se formaron “Investigadores y Administradores en Salud Pública¹⁰” a través de los Cursos de Especialización de Investigación y Administración en Salud - CEIAS¹¹. Ellos y ellas, desde sus puestos de trabajo, aportaron a: 1) la complejización de la epidemiología ecuatoriana a través de investigaciones para el sector salud; 2) la lucha contra la epidemia del cólera,¹² que juntó a organizaciones de base y trabajadores de la salud en un proceso de acción que limitó la muerte; 3) la defensa de la salud rural; y 4) la denuncia de los procesos de maquiladoras instaurados por el gobierno social demócrata de Rodrigo Borja (Costales, 1990), entre otras cosas.

En los años 90, el Estado ecuatoriano se alinea en la tendencia neoliberal a través de la promulgación de la Ley de Modernización (Espinosa, 1992) que tuvo un claro enfoque privatizador y coincidió con unos cuantos modelos de reforma del sector salud que no lograron implementarse totalmente¹³. De hecho, llama la atención que el Ecuador, a diferencia de sus países vecinos, no

dio paso a un fiel modelo de salud privatizador, resistiendo al modelo neoliberal. Con seguridad, algunas de estas explicaciones deben relacionarse con los procesos de resistencia del movimiento popular y urbano que puso freno a esta tendencia a través de movilizaciones (Betancourt, 1995), de los cuales se señalan unos pocos:

- a) El Comité Nacional Permanente de Defensa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS confrontó las tesis del Consejo Nacional de Modernización - CONAM que pretendía privatizar el IESS. Luego del CONAM, la discusión pasó al CONASA (Granda, 1996 1997). A la par se dio una amplia movilización campesina-popular que frenó los intentos de privatización del IESS¹⁴.
- b) La movilización de la Coordinadora de Salud del Sur de Quito, que impidió la privatización del Hospital Enrique Garcés. Estas dinámicas se dieron también en otras ciudades como Esmeraldas.
- c) La constitución del Frente por la Defensa de la Salud y la Vida,¹⁵ que dejó insubsistente el

decreto 114¹⁶ que autorizaba el cobro de las tarifas en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, e inició los procesos de gestión que desvirtuaron el sentido de los servicios de salud para brindar un bien público y garantizar derechos fundamentales. Las movilizaciones de los trabajadores de la salud fueron permanentes a nivel nacional para impedir la privatización de los servicios públicos de salud. Este grupo fue un actor fundamental en la época, y su lucha combinó demandas para aumentar el presupuesto de salud y reivindicaciones gremiales.

No cabe duda de que el primer levantamiento indígena (1990) propició una alianza indígena-popular generador de movilizaciones que resistieron al embate neoliberal en salud.

En todo caso, el acumulado en el pensamiento y la acción de la medicina social en el Ecuador estableció cambios, como corolario del contexto mundial, de los cuales el propio Edmundo da cuenta en sus escritos, pues de una defensa del marxismo en la explicación del proceso salud-enfermedad (1987), propicia críticas al pensamiento ortodoxo y habla de la necesidad de complejizar la mirada. Establece que, desde diversas posturas, “la supuesta lucha por la verdad total a ser alcanzada en el futuro nos ha terminado imponiendo Estados panópticos. La verdad, entonces, tiene que necesariamente pisar el aquí y ahora” (1996). Entonces propone una ruptura, una complejización que exige la emergencia del sujeto para “interpretar y al mismo tiempo ex-

plicar, mirar lo general y lo particular, registrar el mundo de la vida y el sistema, tomar en consideración (como dicen Prigogine y Stengers) el tiempo y la eternidad; posibilitar el encuentro de la razón y del sujeto” (1998a: 251).

Desde el movimiento indígena

“No aceptamos que nos hayan arrebatado a Prometeo, por el contrario, se encuentra entre nosotros como una CONAIE que busca entre las montañas de los Andes nuestro Ser constantemente avasallado y nuestra nacionalidad denegada, que con sus bocinas anuncia una nueva esperanza de romper ese sentimiento de soledad, al proponer una nueva potencialidad de recrear nuestra solidaridad desgarrada. Prometeo se presenta como una Coordinadora Popular que reflexiona y promete nuevas luchas en salud, como organizaciones sindicales, femeninas, barriales, cristianas de izquierda, que traen fuego siempre renovado” (Granda, 1991: 56).

La salud fue complejizada en el Ecuador en las décadas de los 70, 80 y 90, desde una mirada cultural,¹⁷ por diversos estudios antropológicos (Estrella, 1977¹⁸; Brunelli, 1987; Ramón, 1993; Tatzo, 1996; Balladelli, 1988; Aguiló, 1992; Hess, 1994) que sostienen la existencia de diversas formas de entender el mundo, vivir la vida, interrelacionarse con la naturaleza y entre humanos, lo que deviene en maneras de estar sano y enfermo, y en formas de solución que no

10 Podría decirse que la asunción de este nombre para el postgrado, fue para Edmundo -eminentemente un hacedor, alineado con la medicina social y la salud colectiva- un intento académico de mostrar rasgos distintivos para transitar hacia una nueva salud pública desde la acción política, más que establecer nuevos conceptos. Insistió siempre en la forma de pensar desde la realidad y propició un diálogo que configuraba preguntas nunca complacientes, dejando que los procesos, los actores y las personas caminaran y encontraran sus propias respuestas. En tal sentido, no se apresuró por lo útil, lo práctico o el establecimiento de recetas (Bateson, 1989).

11 Estos Cursos de Especialización en Investigación y Administración en Salud - CEIAS fueron coordinados por el grupo CEAS. Edmundo Granda dedicó una gran parte de su vida a la formación de recursos humanos en salud. En este tiempo, al menos ocho cursos CEIAS se realizaron, hasta que luego se reemplazaron por Estudios de Gerencia en Salud.

12 Los estudios de cólera en el país dieron cuenta de la determinación entre mortalidad y calidad de vida, y complejizaron la problemática con los movimientos migratorios y el medio ambiente laboral (Betancourt, 1991).

13 Sobre los procesos de reforma, Edmundo planteó que sus numerosas propuestas se construyeron teniendo como eje la “lógica médica y administrativa occidental” y afirmó que la reforma de salud “no parece estar preparada para recibir y beneficiarse del aporte de otras formas de ver, entender y accionar en salud” (1997).

14 Se recuerda que la capacidad de movilización de los sectores sindicales que defienden el IESS, provocó que la constitución del 2008 impida una construcción armónica del Sistema Único de Salud, produciendo un sistema bicéfalo.

15 El frente se conformó con: la Coordinadora de Salud del Sur, la Federación de Trabajadores de Salud de Pichincha - FETSAPI y la Coordinadora Popular.

16 Cabe recordar que la derogatoria del decreto 114 se realizó después de una lucha permanente que culminó con la huelga de hambre en la que se juntaron los trabajadores de salud con el movimiento social, apoyado por un sector de la iglesia ligada con los grupos eclesiales de base.

17 La cultura es la forma en la que vive un pueblo (grupo humano). Cómo conoce, produce, construye, se expresa, actúa y se comunica. Comprende su forma de ser, vivir, sentir y valorar. La manera de relacionarse de acuerdo al medio que le rodea y la forma de ver y entender el mundo (Walsh, 2005; Mideros, 1995).

18 Se destaca que en el libro “Medicina Aborigen” su autor (Eduardo Estrella) explicita un agradecimiento a Edmundo por su ayuda en la recolección de la información, la lectura de los borradores del informe y sus importantes críticas y sugerencias (Estrella, 1977).

corresponden necesariamente con la racionalidad cultural y médica occidental. La dualidad, la reciprocidad, la complementariedad son nuevas categorías que permiten explicar algunos procesos de salud-enfermedad.

El Centro Andino de Acción Popular - CAAP,¹⁹ inmerso en el mundo indígena, afirmó que existía en las comunidades un saber en salud distinto al occidental, inexplicable con las categorías occidentales y científicas conocidas, a más de que ello resulta un esfuerzo innecesario, irrespetuoso y etnocentrista. Sola afirma que las primeras indagaciones sobre el espanto o el mal de ojo, fueron interpretadas desde *“las categorías occidentales como alteraciones psíquicas, histeria, neurosis, conversivas, etc.”* (Sola, 1995: 45; Granda, 1997).

La salud es posicionada desde la visión indígena, no solo porque nos hablan de su derecho a acceder a los avances científicos y disminuir la brecha de pobreza, sino porque han aportado a la salud desde su resistencia. Uno de sus aportes es el planteamiento de que la soberanía alimentaria es la base de una buena salud, y han afirmado que es bueno mantenerse sanos con una alimentación adecuada y equilibrada. Una buena alimentación está en la cotidianidad del buen vivir.

El primer levantamiento indígena en el Ecuador,²⁰ que cuestionó el modelo de desarrollo dependiente capitalista, la democracia representativa, modernidad y la constitución del “Estado-Nación” genocida y discriminador (Ramón, 1993), posicionó los derechos indígenas, y el reconocimiento del derecho a la salud permitió la creación de espacios públicos que constituyen hitos históricos en el pensar y hacer salud indígena. Así:

- Se conformaron los elementos para la creación en el MSP de la actual Dirección Nacional de Salud Intercultural²¹.
- Organizaciones indígenas como la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador - CONAIE, la Confederación de Pueblos de la Nacionalidad Kichwa del Ecuador- Ecuador Runacunapac Richarimui - ECUARUNARI, la Federación Ecuatoriana de Indígenas Evangélicos - FEINE, la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica - COICA, entre otras, realizaron encuentros para debatir sobre su situación de salud; demandaban al Estado el acceso a los servicios de salud²² y exigían el respeto a sus saberes tradicionales.
- El área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar conformó la mesa de salud intercultural para reflexionar sobre las Medi-

cinas Tradicionales Indígenas y Alternativas en el Ecuador y Latinoamérica²³.

- La emergencia del movimiento indígena se alimentó de una dinámica internacional²⁴ y nacional que estableció marcos jurídicos que reconocen los derechos de los pueblos indígenas. La actual Constitución del 2008 establece la interculturalidad como principio constitucional y forma parte del Régimen del Buen Vivir, de la participación y del quehacer del Estado ecuatoriano, incluso en la integración latinoamericana. Esta norma jurídica garantiza los derechos colectivos de los pueblos indígenas y reconoce el potencial y los recursos de las medicinas ancestrales.

Este proceso en salud que surge con la emergencia del movimiento indígena, se acercó a la interculturalidad en salud²⁵, con la incorporación de nuevas aristas en la concepción de la vida y la salud. Al respecto algunos elementos:

- 1) Un primer aspecto es que, en este tiempo, en el proceso de reflexión con las organizaciones indígenas, se creó un concepto de salud más abarcativo que el definido por la OPS/OMS²⁶:

“La salud es la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social” (ECUARUNARI, 1995).

Este concepto, que subyace en la vida del mundo indígena, emerge en la década de los noventa y hoy es el sustento del Sumak Kawsay. La naturaleza y la espiritualidad son elementos centrales, colocados por un actor concreto a través de un largo proceso de resistencia al colonialismo, racismo y discriminación.

- 2) Sánchez Parga establece diferencias entre el conocimiento indígena en salud y el conocimiento médico occidental (1995: 36-37). Estas han sido profundizados por otros autores, así:

- **Anatómica**, las culturas andinas tienen una concepción diferente del cuerpo. La corporalidad andina responde a una mirada colectiva que incorpora al grupo familiar, comunal y está ligado al espacio temporal de la naturaleza (Le Breton, 1995; Kowi, 2010).

Si el cuerpo individual es prolongación del cuerpo social, entonces se presenta resistencia, lo que llama el “horror anatómico” del usuario indígena, frente a los procesos de medicalización de la medicina científica y su capacidad de intervenir, manipular y focalizar los males del cuerpo (Sánchez, 1997).

- **Funeraria**, cuando la enfermedad aparece en forma grave o terminal, se da una

19 ONG ecuatoriana, pionera en el trabajo rural en salud, especialmente en el entendimiento de la salud de los pueblos indígenas y la medicina tradicional.
20 El levantamiento de 1990 que ocurrió en Quito, ha sido considerado por los movimientos indígenas latinoamericanos como la emergencia de este sujeto político que cuestionó la modernidad. Naciones Unidas declaró la década de los 90 como el Decenio de los Pueblos Indígenas (ECUARUNARI-UNICEF, 1995). En esta década se conformó en el país el Movimiento Plurinacional Pachakutik.
21 Esta Dirección Nacional creó una estructura a nivel provincial, para trabajar la Salud Intercultural.
22 En el año 1994, la CONAIE denunciaba el desencuentro existente con los servicios de salud y las necesidades de los pueblos indígenas por barreras de acceso: económicas (costo de tratamientos), culturales (desvalorización del saber indígena), lingüísticas (no se hablaba el kichwa en los servicios), sociales (los indígenas sufrían formas de discriminación y maltrato en los servicios) y geográficas (no existían medios de comunicación). Algunas de estas dificultades persisten hasta la actualidad.

23 Esta iniciativa se realiza desde 1995, con el liderazgo de Raúl Mideros. Uno de sus espacios, el Taller de medicinas tradicionales y sistemas no formales de salud, contó con una ponencia de Edmundo que habló de la necesidad del involucramiento de los sujetos para la construcción de la reforma del sector salud (Granda, 1997).
24 Se destacan: la celebración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (1995-2004), la Declaración Universal de la UNESCO sobre “diversidad cultural” (2002), la iniciativa SAPIA (OPS, 1993), el convenio de la OIT, la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas, los acuerdos andinos de interculturalidad a través del Convenio Hipólito Unanue, entre otros.
25 En materia de política pública, se ha desarrollado una normativa de atención en salud e interculturalidad y se han construido servicios interculturales en algunos lugares del Ecuador.
26 Según la OPS/OMS, la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades” (1946).

actitud eutanásica, por la cual el indígena se resigna a “bien morir” y defiende la muerte en el hogar como prolongación corporal que, de alguna manera, le permite vivir luego de su muerte (Mideros, s/f).

- **Orgánico:** los seres humanos, al igual que los animales y vegetales, tienen un ciclo vital ineludible y las posibilidades de intervenir son limitadas, lo cual explica su tendencia a recurrir a las fuerzas de la naturaleza para remediar la debilidad. Esto es una concepción biológica de la vida que puede acercarse al mecanismo natural de la autopoyesis de Maturana o a la defensa de los ciclos muerte-vida como una posibilidad de vida (Reascos, 2008; Pinkola, 1988; Morin, 2006)²⁷.
- **Cronológico:** característico de sociedades ágrafas que se representan de frente al pasado y con el futuro de espaldas, lo cual redundo en que las sociedades indígenas no vivan para lo proyectivo ni adopten comportamientos de planificación de largo plazo.
- **Conceptual:** en kichwa no hay una palabra específica que designe salud, sino que se asocia a la vida, “Kawsay”, con una connotación más amplia de lo orgánico, que abarca lo saludable de la existencia humana y lo no humano. El buen estado de salud se relaciona con el “sinchy” que habla de fuerzas mágico-sagradas que se expresan en el cuerpo (Sánchez, 1997: 8).

3. Los estudios evidenciaron también la existencia de saberes²⁸ en salud andina y en la medicina tradicional que se constituyen como factor de identidad, en donde los Yachaks, y ante todo las mujeres, jugaban papel preponderante (Sola, 1995) y constituyen redes tradicionales que mantienen una forma de organización del quehacer en salud, ligada a la construcción de la colectividad (IDICSA, 1988 citado por Granda, 1997).
4. El poder médico es cuestionado frente al poder de los curanderos y curanderas, pues en la forma en que atienden a las personas, subyacen algunos elementos que responden diferencialmente a las necesidades de las y los usuarios (ver cuadro 1). Al parecer, la medicina occidental alopática, basada en la ciencia, se sustenta en lo conocido; dueña de la verdad, perdió el sentido espiritual y convirtió la salud y la enfermedad en simples objetos mercantiles. Lo desconocido le produce miedo. Protegido por el poder de la ciencia, el médico diagnostica con palabras extrañas que no reconocen al otro como sujeto, sino que más bien lo alienan.

Antes de cerrar este ítem, resalto algunos elementos que surgen desde los pueblos indígenas y que configuran otros movimientos que complejizan los sentidos y las miradas por la salud, así:

- a) Cuando parecía que “nuestro espíritu guerrero y racionalista estaba derrotando a la naturaleza” con una “visión caleidoscópica” de “sujetos desgarrados, una modernidad es-

Cuadro 1. Diferencias en la Atención entre la Medicina Tradicional y la Medicina Occidental

Medicina Occidental	Medicina Tradicional
La enfermedad cuenta principalmente como fenómeno físico y biológico	La persona cuenta como actor que debe ser escuchado y apoyado, considerando sus creencias
La enfermedad es objeto de diagnóstico y de tratamiento	La persona es el centro del proceso de curación
El paciente cumple órdenes (prescripciones médicas) y tiene un margen reducido de libertad y criterio de decisión	La persona es dueña de su proceso salud-enfermedad
El tratamiento está centrado en medicamentos para hacer funcionar al cuerpo y que pueda mantener sus funciones	El camino de la cura incluye rituales individuales, familiares y comunitarios, estos, incluyen su entorno social
El ritual de la medicina occidental se trastoca frente a lo desconocido; el miedo subyace en algunas de sus decisiones de medicalización	La espiritualidad subyace en los rituales de conexión entre energías dentro y fuera del cuerpo

Tomado de Raúl Mideros, Conferencia en el Curso de Cultura y Salud para el personal de salud de la Provincia de Chimborazo (1995).

tallada y una naturaleza resentida” (Granda, 1997), emerge la mirada indígena para forjar una nueva relación con la naturaleza y para alertar en que la vida no será posible si no cambiamos nuestra forma de vivir y consumir.

La degradación ambiental y el aumento de las desigualdades, han sido denunciadas y estudiadas por un pujante movimiento ambientalista que no está de acuerdo con el antropocentrismo y establece la necesidad de disminuir la explotación de los recursos naturales, limitar la contaminación y reconocer que la “tierra viviente es una tierra sagrada” que sostiene la vida (Shiva, 2010). Desastres como los ocurridos en Haití, Brasil, Bolivia y Japón en el último año, son la evidencia de que los avances tecnológicos y científicos no

son ni de lejos suficientes para convivir con la naturaleza, y que todo el progreso del capital, inequitativo y excluyente, no puede resolver el límite que le impone la naturaleza.

A manera de ejemplo, introduzco el análisis de Ylonka Tillería (2009) sobre el impacto de la floricultura en la salud y el ambiente. Muestra el iceberg de una de las problemáticas ambientales: las florícolas de la cuenca del Granobles (Cayambe-Tumbaco) al norte del Ecuador, que han impactado sobre el ecosistema y el sistema hídrico por el uso intensivo del agua, la contaminación con agrotóxicos y la expansión de vectores contaminantes como los plásticos. La salud de los y las trabajadoras (trabajo intensivo sin descanso, exposición al ruido y fluctuaciones térmicas) ha afectado incluso con sufrimien-

27 Resulta profundamente sabio y práctico reconocer esta visión sobre la certeza de la muerte, en la insistencia que hace Vera Khon en sus talleres de interpretación de sueños y de psicografismos. Frente al miedo de la muerte que manifiestan las participantes en sus talleres, ella, con sus 94 años de edad, insiste: “la muerte es lo único que le garantiza”.

28 Las nacionalidades indígenas existentes en el Ecuador configuran formas de entender y vivir la salud diferenciales que varían por nacionalidad (Kichwa, Shuar o Ashuar, Siona, Secoya, Epera, Awa, Chachi, entre otras) o por geografía (Kichwas de la Sierra, Costa o Amazonía).

to mental, por lo que estas presencias económicas no han permitido el mejoramiento de la calidad de vida en las comunidades²⁹.

La Constitución del 2008 establece los derechos de la naturaleza, en un momento en donde mineras, petroleras, madereras, saquean recursos renovables y no renovables; a la par se criminaliza la lucha por la defensa del ambiente y sus defensores pagan con su vida la osadía de enfrentar al capitalismo desgarrador y cruel³⁰.

- b) La emergencia de los pueblos afroecuatorianos, que surgen con su propia voz y se diferencian de los pueblos indígenas para dar cuenta de sus múltiples diásporas y formas de discriminación y racialización que les ha negado sus derechos básicos. Precisamente en 2010 se celebró en el Ecuador el Primer Congreso Nacional Afroecuatoriano de “Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad” que mostró la insuficiencia de políticas públicas para los pueblos afroecuatorianos por el desconocimiento de su cultura,³¹ y dio pautas para entender su situación y necesidades de salud.
- c) El taller de medicinas tradicionales del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar - UASB ha dado lugar a la visibilización y convergencia de un sinnúmero de prácticas alternativas de salud en el arte de sanar en forma holística, e incluso crea

puentes con saberes orientales. Considero que actualmente existe en el Ecuador un movimiento alternativo que propone, desde la vida, conceptos, metodologías y herramientas para vivir mejor, en temas como alimentación, arte, deportes, muerte, sexualidad, reproducción, entre otros.

Entre las medicinas complementarias, se destaca la homeopatía, que abre dentro de la medicina científica una oportunidad de mirar al cuerpo con mayor integralidad. En criterio de Sandra Jaramillo, la homeopatía identifica el sufrimiento como la causa de desequilibrio de la fuerza vital y origen de la enfermedad, con la posibilidad de que las bondades del medicamento homeopático se constituyan en un bastión de lucha política contra la industria farmacéutica.

En definitiva, el movimiento indígena ha brindado a la salud y a la sociedad posibilidades de entender la importancia de la vida más allá de lo humano, como un “deber cultural y moral³² de reconocer al otro como sujeto vivo y libre y nunca supeditado al mercado de cuerpos y órganos (Granda, 1977: 238). Allí surge la interculturalidad, que en los actuales momentos toma potencialidad política, pues como principio constitucional, permitiría profundizar la democracia, ir más allá del desarrollismo moderno, descolonizar la salud (desmercantizarla, desmedicalizarla, superar las especializaciones y disciplinas

fragmentarias), asumirnos diferentes y establecer diálogos potencializadores de unidad en la diversidad. Los indígenas han enseñado a la sociedad ecuatoriana a reconocer al otro como diferente e igual. Hemos inaugurado un nuevo Pachakutik entre indios y mestizos para renovar el Estado desde la vida (Granda, 2004).

Todo un reto para la sociedad ecuatoriana, pues la interculturalidad es un concepto y una práctica en construcción que plantea preguntas: ¿Será posible interrelacionar lo que quieren los diversos pueblos indígenas y lo que les ofrece la sociedad política? ¿Será posible interculturalizar entre una práctica curativa hegemónica, situada en el seno de la mercantilización, y los diversos sistemas con otras lógicas de intercambio y reciprocidad? ¿Cómo propiciar que los servicios interculturales que se constituyen en el país, trasciendan de disponer de algún personal de salud bilingüe o una sala para parto vertical?

Desde el movimiento feminista

“Originaron y fortalecieron propuestas feministas, medio ambientalistas, de derechos humanos, liberación sexual, igualdad étnica, democracia básica, etc., y se entregó una gran fuerza a las políticas identitarias” (Granda, 2000a: 139).

Los feminismos en el mundo³³ desentrañaron la desigualdad existente entre hombres y mujeres, que condena a estas al sufrimiento, enfermedad y muerte, por una construcción social que valoriza lo “masculino” sobre lo femenino, y adjudica lo masculino como característica del hombre.

Surge el género³⁴ como categoría innovadora en respuesta a las condiciones de vida de las mujeres, que, por su posición de subordinación tienen mayores riesgos para su vida y salud. En el país se constituyen algunos espacios: desde el Estado se crea el Consejo Nacional de las Mujeres - CONAMU en 1997,³⁵ con la iniciativa de un

29 Acción Ecológica y Fundación Salud Ambiente Desarrollo - FUNSAD son algunas de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el medio ambiente y su impacto en salud.
30 Se recordarán las movilizaciones realizadas a inicios del 2000 para denunciar el impacto que tenían las fumigaciones en la salud de los habitantes y en el ambiente de la frontera Norte, por todo el conflicto colombiano y la implementación del Plan Colombia (INREDH, 2002).
31 La ONU declaró al 2011 como el Año Internacional de los Pueblos Afrodescendientes.
32 Respecto del precepto moral de Edmundo Granda, asumo, más bien, el sentido de Spinoza, que hablaba del concepto de potencia como la posibilidad de que las personas (cuerpos) en relación con otros cuerpos, se potencien y reactiven cuerpos sociales de mayor conciencia, pues considero que los movimientos sociales en su mayoría no son movimientos moralistas, son libertarios, emancipadores, buscadores y activadores de mayor felicidad, equidad e inclusión.

33 Surgen en Latinoamérica: la Red de Salud de Mujeres de Latinoamérica y El Caribe - RSMLAC, que en 1984 fue pionera en la disputa de una forma de hacer política basada en un posicionamiento identitario de mujeres diversas, que han recreado múltiples revoluciones desde el cuerpo, para transitar horizontes de visibilidad en las denuncias, movilizaciones, marcos jurídicos, investigaciones, políticas públicas, etc.; y el CLADEM - Coordinadora Latinoamérica por la Defensa de los Derechos de las Mujeres.
34 Se recuerda que a nivel internacional, se declaró el Decenio de la Mujer entre 1976 y 1985 y se realizaron algunas conferencias internacionales que visibilizaron los derechos de la mujer, así: Convención de la Eliminación de todas las formas de discriminación (1979), Convención de Belem do Para (1994), Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Conferencia de la Mujer (Beijing, 1995), Conferencia de Derechos Humanos (Viena, 1993), Conferencia de Jefes de Estado (Copenhague, 1995).
35 La lucha del movimiento de mujeres generó un proceso que permitió en 1980 la creación de la Oficina Nacional de la Mujer en el Ministerio de Bienestar Social, la cual desarrolló acciones en beneficio de las mujeres. Posteriormente, en 1987 se conformó la Dirección Nacional de la Mujer - DINAMU, hasta que en 1997 se conformó el CONAMU como el ente gubernamental adscrito a la Presidencia de la República (Decreto 764 del 24-10-1997) que implementaba los Planes de Igualdad de Oportunidades - PIO. Esta entidad funcionó hasta el 25 de mayo de 2009, cuando, por Decreto Ejecutivo (1733), cesó en sus funciones (CONAMU, 1998).

pujante movimiento de mujeres³⁶ que demanda la igualdad de las mujeres en el ejercicio de los derechos, y cuyo proceso de lucha ha permitido la institucionalidad del enfoque de género en el quehacer gubernamental.

La relación entre género y salud se aborda en el Ecuador con retraso respecto a los demás países de Latinoamérica, pues es en Brasil en donde se dan los primeros elementos conceptuales para abordar la salud desde las mujeres. Procesos pioneros e innovadores surgieron desde los años 80 en espacios micro (barrios) en donde trabajaron organizaciones no gubernamentales como el Centro Ecuatoriano de Promoción y Acción de la Mujer - CEPAM³⁷ y el Servicio Alternativo para el Desarrollo en el Sur - SENDAS, en relación con áreas de salud del Ministerio de Salud Pública (OPS, 1996) y con la participación de organizaciones barriales, que permitieron un acumulado conceptual y metodológico en el quehacer en salud, que más tarde se trasladó a políticas públicas³⁸. Se puntualiza que fue el trabajo de estas organizaciones, su tránsito inicial, el que brindó pautas para posteriormente profundizar en el enfoque de género, lo cual es similar en muchos

países latinoamericanos, pues el feminismo tiene sus orígenes en la acción y en el compromiso con las mujeres de sectores pobres.

Cabe recordar que hasta el inicio de la década de los noventa, la salud pública ecuatoriana en materia de género se caracterizaba por (Betancourt, 2000):

- La no incorporación del enfoque de género en la definición de las políticas de salud, pues su sustento administrativo y epidemiológico “fue” negar las diferencias y especificidades, e imponer acciones homogéneas. Es decir, propiciar la reproducción de los poderes de dominación en el quehacer en salud.
- La mujer ha sido abordada con una visión reduccionista, desde sus funciones reproductivas y extrapolando su identidad materna, responsabilizándola unilateralmente de procesos sociales como son las funciones reproductivas, desde la decisión de la concepción hasta el cuidado del niño. El énfasis “fue” el binomio madre-niño.
- No se ha incidido en cambios organizativos y administrativos, pues no existe una reflexión

suficiente al respecto. Se ha generalizado un tipo de administración de estructuras triangulares, en donde las decisiones se hacen en la cúspide, sin considerar la amplitud de la base, reproduciendo procesos verticales, jerárquicos y patriarcales, no solo en el Estado y en las instituciones de gobierno, sino en las diversas instituciones sociales, incluso en las que asumen un discurso alternativo.

El auge feminista en salud en el Ecuador, se expresó en la creación de lo que fue la Coordinadora de Género y Salud³⁹ en la década de los 90, que jugó papel importante en la inserción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la Constitución ecuatoriana de 1998, y propició la creación y el fortalecimiento de instancias gubernamentales en estos derechos, tanto en los ámbitos de salud como en educación⁴⁰.

En 1999 se organizó el Primer Tribunal de las Mujeres por los Derechos Sexuales (1999)⁴¹, que recopiló información sobre violaciones en el país, visibilizó el tema e independizó el tratamiento de los derechos sexuales con el de los derechos reproductivos.

El decenio del 2000, en el contexto internacional, muestra una intención de invisibilizar y frenar los avances feministas de los 90, con una franca tendencia internacional fundamentalista, que cruza tentáculos por todos los espacios

sociales en contra de la laicidad de los Estados y de la soberanía de las mujeres para resolver sus asuntos de salud.

Las fuerzas conservadoras se juntan a un mundo globalizado en donde el sistema sexo-género se engrana con otras dinámicas de poder -clases sociales, relaciones Norte-Sur, intergeneracionales y étnicas-, propiciando que la fluidez de la información y el avance tecnológico vaya de la mano del intercambio de mujeres en condiciones de desigualdad, las cuales, insertas en los países llamados desarrollados, enfrentan nuevas injusticias y patologías. Aumentan las migraciones, en medio de una red mercantil global y una cultura virtual, y aparecen empresas y organismos transnacionales que desdibujan el papel de los Estados-nación, propiciando un mundo más inequitativo y excluyente, con la reemergencia de enfermedades antiguas que se suman a las nuevas (Granda, 2000a).

Se ha avanzado en el entendimiento de nuestros cuerpos; sin embargo, hay que hacer mayor esfuerzo para contrarrestar esa fuerza internacional que quiere mirar la sexualidad como riesgo, sin explorar sus posibilidades de placer y gozo. Las teorías de riesgo han permeado la salud pública y se construyen perfiles de riesgo, definiendo el tipo de jóvenes que pueden enfrentar un embarazo no deseado, una infección de transmisión sexual - ITS o el VIH. Nos venden

36 Entre las organizaciones de mujeres que se activan y/o activaron en estos tiempos se mencionan: Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas - CPME, Coordinadora Nacional de Mujeres Negras - CONAMUNE, Coordinadora de Mujeres Campesinas e Indígenas, Colectivo Feminista, Coordinadora de Mujeres Diversas del Ecuador, Coordinadora de Mujeres de Sectores Populares, Movimiento de Mujeres de El Oro, Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas - OEML, Red de Trabajadoras Sexuales - RedTrabsex, Asociación Prodefensa de la Mujer de Quito - ASOPRODEMU, Asamblea de Mujeres de Quito, Movimiento de Mujeres del Azuay, Coordinadora de Mujeres Fronterizas - CODEMUF, Fundación de Mujeres “Luna Creciente”, Movimiento de Mujeres por la Vida - MMxV, Comités de Usuarías cantonales, entre otras; ellas han propiciado una continua relación Estado-sociedad civil en las décadas de los ochenta, noventa y dos mil.

37 Esta ONG, presente en Quito y Guayaquil, inició su trabajo en salud en 1984, a través de procesos de reflexión con mujeres trabajadoras sobre cáncer de útero y mama; nutrición y lactancia materna, y el uso racional de medicamentos. Posteriormente, en 1988 se trabajó la relación de la violencia con la salud de la mujer, y se empezó a hablar de la sexualidad y la reproducción como situaciones vitales que se viven diferencialmente en hombres y mujeres. La corresponsabilidad Estado-sociedad civil permitió la firma de convenios tripartitos con el MSP y las organizaciones barriales, tanto en Quito como en Guayaquil, para generar procesos sostenidos de trabajo con servicios de salud (Barrio El Carmen y Guasmo) (OPS, 2006).

38 Posteriormente se unen a la iniciativa organizaciones no gubernamentales como Utopía, Desafío, FACES, CEPLAES, entre otras.

39 La coordinadora se estructuró con instituciones ecuatorianas como: CEPAM Quito, CEPAM Guayaquil y SENDAS (Cuenca).

40 El Segundo Congreso por la Salud y la Vida - COSAVI 2004 posicionó los derechos sexuales y reproductivos, y acogió la Propuesta de Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos como una política de Estado para luchar contra la discriminación. Se creó en el Consejo Nacional de Salud -CONASA, el Comité Nacional de Salud Sexual y Derechos Reproductivos, que elaboró el Plan de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Estas dinámicas se dieron a la par de un movimiento latinoamericano que profundizaba sobre la salud de la mujer, sustentado en múltiples investigaciones cuyo liderazgo pionero correspondió a Isis Internacional, y a reformas que en estas dos décadas posicionaron los derechos sexuales y los derechos reproductivos en toda la región.

41 Organizado por el Colectivo Feminista por la Autonomía, con algunas organizaciones e instituciones del país.

las vacunas como panacea de la salud, así como se hace alarde del éxito de la prevención de la transmisión vertical del VIH, mientras se quieren anular los avances de despenalización del aborto; se niega la PAE en una relación insegura o en una violación incestuosa; y no se ha hecho mucho esfuerzo por desestigmatizar a una mujer que tiene VIH, a una que aborta, o a una trabajadora sexual. Los grupos conservadores han recreado sutiles y perversas formas de control de los cuerpos de las mujeres.

No obstante, han proliferado redes latinoamericanas y nacionales. En Ecuador, se creó el Frente de Defensa de los Derechos Sexuales que enfrentó, con la dinámica del movimiento de mujeres, los intentos conservadores del año 2006, que utilizaron todos sus recursos -diputados, profesionales, profesores y, estudiantes- para intentar excluir el capítulo de salud sexual y reproductiva de la Ley Orgánica de Salud (vía Ejecutivo), conculcar los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en la Ley Orgánica⁴², impedir la circulación de Postinor⁴³ (vía tribunal de garantías constitucionales), y presentar el proyecto de Ley para abolir el aborto terapéutico y penalizar cualquier tipo de aborto (vía Congreso).

La Asamblea Constituyente marca el auge del debate del aborto, una vieja reivindicación feminista que confrontó posturas desde la derecha y la izquierda y que se explica en el artículo de la puertorriqueña Yamila Azize con el título “La

izquierda y el aborto en América Latina y el Caribe: Un pasito adelante y... diez atrás” en donde reafirma la deuda de los gobiernos progresistas de la región para abordar el tema del aborto e impulsar políticas que protejan la salud y la vida de las mujeres. La excepción es Cuba, y ahora México DF y Bogotá DF, que han ampliado las causales del aborto (Azize, 2009).

El debate constitucional presentó posturas radicales desde las jóvenes feministas (Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Casa Feminista Rosa). Fue la primera vez que el aborto se trató en forma pública y con un álgido debate que fue cubierto por los medios de comunicación. Anteriormente, el tema se había abordado en reflexiones, acciones y especialmente en las campañas del 28 de septiembre como un problema de salud pública, de justicia social y como una violación al derecho a la salud de las mujeres (Betancourt, 2000b). En la actualidad, el país dispone, por “la Colectiva por la Libre Información de las Mujeres” de la Línea de Aborto Seguro, que brinda información a la mujeres que quieren decidir (<http://infoabortoseguro.blogspot.com/>).

En definitiva, la salud, complejizada por el movimiento de mujeres ecuatorianas ha posicionado diversos temas relacionados con las brechas de género entre hombres y mujeres que impiden el goce de la igualdad y equidad, con repercusiones en su salud. En ese sentido se ha visibilizado lo siguiente:

- La violencia contra la mujer como: un problema de salud pública,⁴⁴ una violación de los derechos humanos y un problema de desarrollo y de seguridad, ha permitido la realización de acciones y estudios (OPS, 1999) que mostraron en Latinoamérica la existencia del problema y los obstáculos que las mujeres tienen para hablar y resolverlo, y profundizaron en las representaciones sociales que los funcionarios públicos (profesores, maestros, abogados, entre otros) tienen para apoyar a las mujeres en la resolución de su problema.

La violencia contra la mujer no solo es un riesgo epidemiológico que impide el goce del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, sino que provoca la muerte en el espacio familiar. Este problema visibilizado fue demandado al Estado ecuatoriano por el movimiento de mujeres desde los años 80, lo que permitió el desarrollo de varias acciones como la promulgación de la ley 103, la creación de las comisarías de la mujer⁴⁵ y la familia y metodologías de atención integral. Se tiene ahora una política intersectorial que establece la obligatoriedad de las instancias públicas, más allá del Ministerio de Salud, de implementar el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género.

La profundización de este problema evidenció la existencia de violencia sexual en la niñez y de otros delitos sexuales, incluida la explotación sexual, que adquiere fuerza

incontrolable en los actuales momentos de globalización.

- El cuerpo ya no es un ente neutro, pues la diferencia sexual establece significados sociales que devienen en formas de inequidad que atraviesan incluso el abordaje de la ciencia médica. De hecho, se tiene un cuerpo de la mujer hiperobservado y controlado, frente a un cuerpo masculino que representa e invisibiliza las necesidades de las mujeres, a la vez que niega al cuerpo masculino su potencialidad humana. El placer, parte del disfrute de la salud y la vida, es solo un derecho de hombres, y, paradójicamente, ellos no tienen acceso a la prevención de las enfermedades.

Visibilizar el cuerpo posicionó la idea de que lo personal es político y concluyó que la salud y la enfermedad tienen como primer territorio el cuerpo, pues es lo único que nos pertenece. Nuestro cuerpo, como un espacio tan íntimo y tan público a la vez.

- La defensa de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, propició la emergencia de las usuarias como sujetos políticos en defensa de la atención de calidad, estrechando la relación Estado-sociedad civil a través de un interesante ejercicio de democracia directa. En él participaron mujeres diversas que han estado excluidas (indígenas, montubias, rurales, campesinas, jóvenes) empoderándose en el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud, los derechos sexua-

42 Ley Orgánica de Salud (2006) mantiene la atención integral en delitos sexuales, la utilización de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia, la educación sexual en jóvenes y el mejoramiento de la calidad de atención en casos de abortos contemplados en la ley, entre otras cosas. Se recuerda que algunos de estos articulados fueron vetados por el Presidente de la República; no obstante, el Congreso hizo caso omiso y aprobó la Ley Orgánica de Salud con el articulado original.

43 A pesar de que el movimiento se dinamiza y que existe solidaridad nacional e internacional en la defensa de los derechos de las mujeres, los grupos pro-vida lograron la prohibición de la venta del Postinor en el país.

44 La declaración por parte del MSP, de que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública, se realizó en 1998. Posteriormente, algunos cantones crearon ordenanzas, comprometiéndose a realizar acciones para eliminar la violencia contra la mujer, pues atenta contra la salud y la vida de las niñas y mujeres.

45 Las comisarías de la mujer y la familia son instancias que se colocan dentro del aparato gubernamental, pero la demanda inicial surgió del movimiento de mujeres. En esta iniciativa, el CEPAM Quito, que trabajó en los barrios urbano-marginales desde los años 80 en salud y desarrollo, fue eje fundamental para la construcción conceptual y metodológica en la estructuración de las comisarías y su implementación a nivel nacional.

les y derechos reproductivos en los espacios público y privado (OPS, 2001; CPME, 2003; CCCC, 2007; MMxV, 2010).

El trabajo de los comités de usuarias ha sido pionero en procesos de veeduría en salud, con diferentes enfoques y metodologías que se desarrollaban ante todo a nivel cantonal, y que en el 2006 permitieron la construcción de una agenda nacional. Más de un centenar de comités de usuarias, conformados en los más recónditos lugares del Ecuador (y no solo en Quito, Guayaquil y Cuenca), dan cuenta de una experiencia que permitió la organización social y la construcción de sujetos de derecho, con capacidad de disentir con el poder médico a través de innovadores procesos de veeduría, que se estructuran sobre la base de procesos de formación en derechos de mujeres populares y diversas.

Posibilitó, desde el activismo mujeril, acciones intersectoriales entre las áreas de salud y otros actores locales en pos de municipios con salud materna, promoviendo la salud a través de la estructuración de redes de transporte de emergencia para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios y disminuir el riesgo de morir (UNFPA, 2006).

Al respecto, Edmundo, en su artículo sobre “Salud: Unidad en la Diversidad” afirma que en el Ecuador “Los movimientos femeninos han entregado importantes esfuerzos para impulsar el derecho a la salud y la vida a través del impulso y la defensa de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia” (2004: 18) y de hecho forman parte de esas múltiples fuerzas y potencialidades que no pueden ser olvidadas y que en medio de paradojas (mercado vs utopía) permiten

presentes vitales pues inciden en el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud.

Sobre la calidad, Granda afirmó que este término se mueve entre dos paradigmas, el socialista que ve la calidad (como poder político) como una certeza futura y, la del mercado (como capacidad de compra) que, siendo presente, ve la calidad ligada a la dinámica de la oferta-demanda; entonces propone una salida: la constitución de los sujetos sociales que en el presente demanden por el mejoramiento de la calidad y disminuyan las perversidades del mercado con la defensa y el fortalecimiento de lo público (1995).

En la actualidad, cuando el gobierno ofrece servicios gratuitos, se sabe que algunas organizaciones, entre ellas el Movimiento Mujeres por la Vida - MMxV, intentan valorar la veeduría a través de encuestas en los servicios de salud, que muestran que la calidad y la gratuidad todavía no se alcanzan, y que el concepto de ciudadanía está lejano al usuario común (2010).

- El establecimiento del 28 de mayo (1988), como Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres; que junto al día por la despenalización del aborto (28 de septiembre) y por la no violencia contra las mujeres (25 de noviembre),⁴⁶ son días importantes que visibilizan la lucha de las mujeres en Latinoamérica y promueven nuevos sentidos.
- Los avances en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos son importantes en el Ecuador. Sin embargo, hay dificultad en implementar las políticas públicas y el posicionamiento de los derechos, ya

que la salud sexual y reproductiva enfrenta no solo a una cultura conservadora, sino a una ola misógina y antiderechos.

La convergencia de algunas redes internacionales impulsó la campaña por una Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que tiene como principios trabajar por la diversidad y la libertad, recuperar el cuerpo como espacio político, de felicidad y placer, y defender la laicidad de los Estados.

- Entre los avances en políticas públicas en salud se puede señalar la inclusión del enfoque de género en la normativa de salud, especialmente en salud reproductiva, trascendiendo el binomio madre-hijo. Se han desarrollado instrumentos para capacitar al personal de salud, especialmente en la atención integral de la violencia contra la mujer, la atención a adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo y el acceso a la Píldora de Anticoncepción de Emergencia. Actualmente hay una incursión importante en el enfoque intercultural y la salud sexual y reproductiva.

No hemos resuelto nuestras primeras reivindicaciones: que el aborto sea considerado como un derecho de las mujeres a decidir sobre el cuerpo; que los avances tecnológicos impidan que mueran mujeres en sus procesos reproductivos; que muchas de ellas ni siquiera hayan optado por ser madres, y que otras tengan dificultades sociales por optar no querer serlo. La violencia contra la mujer que se visibiliza cada vez más, muestra su lado más perverso: el feminicidio, que, siendo generalizado, se acrecienta en lugares como Juárez, Colombia, Guatemala, El Salvador. Allí su magnitud se engrana con dinámicas fronterizas

ocupadas por tratados de libre comercio, fuerzas públicas corruptas, mayor impunidad en un ambiente de paramilitarismo y guerra.

La mirada de género, que en un primer momento nació dual, y ha sido criticada por los feminismos, por su instrumentalización, que pudiera haber despolitizado su abordaje; se ha alimentado de las diversas acciones, gestando una potencialidad que le permite sumar el espíritu feminista (ver cuadro 2).

Antes de cerrar este ítem, se debe decir que los movimientos de mujeres, feministas y por la equidad de género, permitieron profundizar en la diversidad y la diferencia, lo cual se potencia con la configuración de otras dinámicas y movimientos, entre los cuales se anotan los siguientes:

- El enfoque de género y la salud se consolidó importantemente en algunos municipios como Quito, (MDMQ, 2000) Ibarra, Macará, Guayaquil, Orellana y Cuenca; a través de los planes de salud y desarrollo. Los municipios indígenas (Otavalo, Cotacachi, Guamoto, entre otros) insertaron en sus planes de salud el enfoque de género en diálogo con el étnico y de derechos humanos, fortaleciendo dinámicas a la luz de la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la promoción de la salud, la salud materna (UNFPA, 2006)⁴⁷.
- Los sujetos emergentes son también los movimientos juveniles que matizan la vida con alegría y desde el juego, y nos deleitan con resonancias de la cultura matrística. Posicionan la diferencia y la diversidad como una riqueza que debe ser contenida en las políti-

46 En 1981 el Movimiento de Mujeres Latinoamericano designó este día de lucha y en 1999 Naciones Unidas asumió esta conmemoración a través de los 16 días de activismo para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

47 Algunos municipios conformaron los Consejos Cantonales de Salud que dinamizaron, en forma diferencial, espacios intersectoriales y de participación ciudadana en donde se abordó la mirada de género en la salud de los diversos. Estos espacios se amparaban en la Ley del Sistema de Salud y en el CONASA, los cuales promocionaban también los Congresos por la Salud y la Vida (COSAVI).

Cuadro 2.
Tendencias en las miradas de Género

Enfoque tradicional	Enfoque potencial
Trabaja con un sujeto homogéneo, impidiendo una real representación de la diversidad de mujeres	Considera la diversidad y trabaja con identidades y afinidades
Enfatiza la subordinación de las mujeres, y la resolución de problemas parciales (división sexual del trabajo, roles y espacios tradicionales)	Enfatiza sistemas de género, matiza por etnia, clase y edad y toma en cuenta otras desigualdades
Define políticas verticales	Exige un recorrido local y no solo nacional para la definición de políticas; articula lo general y lo particular
Naturaliza el cuerpo del hombre y de la mujer	Desmitifica el carácter natural del cuerpo y asume la diversidad corporal y los intersexos
El cuerpo es un espacio en donde se construye el género y no solo objeto de opresión	El cuerpo es sujeto de estudio en sí mismo y espacio de poder
Norma la heterosexualidad	Desenmascara la naturalidad heterosexual y la anormalidad homosexual
Enfatiza en las relaciones que se dan en el ámbito privado (familia)	Devela la institucionalización del género en la sociedad en su conjunto
Enfoque binario y dual, que excluye minorías	Considera a las minorías como variantes de una misma dimensión

cas, y nos hablan de una forma diferente de estar sanos. Pasan por un proceso identitario en donde el cuerpo adquiere centralidad a través de sus formas de vestir y presentarse al mundo. Sus diferencias han ayudado a denunciar la discriminación que atraviesan en los espacios públicos, desde las calles y los parques hasta los servicios de educación y salud.

El enfoque intergeneracional visibiliza a la juventud y adolescencia como sujetos de derecho. La promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes, la prevención del embarazo en adolescentes y la necesidad de abordar la educación sexual en el sector educativo constituyen al actor juvenil, que muestra un mundo cultural con significados que el mundo adulto no ve.

Si bien es cierto que las dinámicas juveniles y sus identidades culturales se han concentrado en el espacio urbano, el mundo rural no se ha quedado por fuera, y ha emprendido acciones diversas desde una mirada intercultural que permea la producción de conocimiento y las instituciones públicas (MSP, 2010; Conejo, 2006; UNFPA, 2004).

- Las relaciones entre migración y salud sexual y reproductiva, se han posicionado con mayor debilidad, a pesar de que una de las primeras indagaciones fue el estudio en el Austro “*Ser de coyote...*” Una condición para migrar, que denuncia las condiciones de las mujeres en la ruta migratoria y las violaciones a sus derechos sexuales y derechos reproductivos (Guayasamín, 2000).

En la actualidad, el hecho migratorio constituye un fuerte movimiento cuyas reivindicaciones permean las políticas públicas desde la Secretaría Nacional del Migrante - SENAMI. Sin embargo, los abordajes en salud y en sexualidad y reproducción aún son escasos, lo cual se contrapone con la existencia de un pujante movimiento que, desde diversos frentes, profundiza en las condiciones de vida de los migrantes, fuera y dentro del Ecuador.

Esta diversidad de actores y sujetos han constituido a la salud como un derecho humano (DH), lo cual se ha recogido en las dos últimas constituciones. Fundamentan que considerar un derecho humano significa la responsabilidad del Estado de garantizar su ejercicio; el respeto y la abstención de su violación;⁴⁸ y la promoción de los derechos a través de políticas públicas que incluyen el conocimiento de los derechos por parte de los funcionarios públicos y la garantía de los mismos.

Desde la década de los 80, el movimiento de DH ha realizado algunas acciones en defensa de la salud, así: a) la conformación del Comité “Eugenio Espejo”; b) los Foros Médicos Nacionales “Contra la Tortura y por el Derecho a la Vida” (Guamán, 1988); c) el colectivo por la Defensa de la Salud de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos - CDDH, que desarrolló foros por los derechos de los pacientes y ayudó a organizar asociaciones de familiares de pacientes (cáncer, epilepsia); d) el Colectivo por los dere-

chos de las personas con discapacidad mental y enfermos mentales, impulsado por organismos de DH, organizaciones de familiares y coordinado con OPS y MSP.

Algunas organizaciones no gubernamentales que actúan por los derechos humanos (Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos-INREDH, Comité Ecuménico de Derechos Humanos-CEDHU, Colectivo Pro Derechos Humanos Ecuador- PRODH) denunciaron las violaciones al derecho a la salud, abordaron la discriminación en la atención en salud, y la situación de la población carcelaria (INREDH, 2001 2002).

En el 2000 se conformó el Colectivo por la Defensa de la Salud Frente al Tratado de Libre Comercio - TLC, que contribuyó a la no aprobación del TLC con Estados Unidos. Estuvo liderado por CEDHU, con la convergencia de algunos actores políticos y académicos. Edmundo Granda fue parte de esta iniciativa.

Desde los sujetos sexuales

En el país, hasta 1997 la homosexualidad era penalizada. Solo el movimiento GLBT,⁴⁹ en alianza con los movimientos de derechos humanos, propiciaron la despenalización de la homosexualidad y el reconocimiento del principio de no discriminación por orientación sexual en la Constitución de 1998, ratificado y ampliada en la carta magna del 2008⁵⁰.

48 A manera de ejemplo, se puede decir que considerar el derecho a la salud como un DH, o específicamente los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde el respeto y la abstención del Estado, significa que no se puede negar el acceso a la Píldora de Anticoncepción de Emergencia a una joven, en caso de una relación sexual insegura.

49 La diversidad sexual ha visibilizado a hombres gay, bisexuales, transexuales, transgénero e intersex, así como a mujeres lesbianas, bisexuales, transexuales, transgénero e intersex, y ha profundizado en sus condiciones de vida y en los procesos de discriminación que afectan su salud.

50 La Constitución del 2008 incorpora además la igualdad y la no discriminación por identidad de género, estado de salud y por portar VIH. Además reconoce a las familias diversas.

Los procesos de reivindicación de los derechos sexuales con primacía a los derechos reproductivos permitió transcender del paradigma clásico que vinculó a las mujeres heterosexuales, en edad reproductiva -ente pasivo y en riesgo- como titular de estos derechos; abriendo el abanico de posibilidades a jóvenes, grupo GLBT⁵¹, mujeres diversas, hombres adultos, hombres que tienen sexo con otros hombres -HSH, niños y niñas. No obstante, todavía persiste un silencio frente a hombres y mujeres de la tercera edad y quienes tienen discapacidades (Salgado, 2008).

En este proceso ha jugado papel importante la epidemia del VIH y las acciones de sexo con protección que han aportado al ejercicio que las mujeres hacen de sus derechos sexuales permitiendo, que la pasividad de las mujeres se transforme en una actitud activa como sujeto de derechos. El acceso a métodos anticonceptivos ha fortalecido la relación sexualidad-placer, en desmedro de la relación sexualidad-riesgo, lo cual incide en el fortalecimiento del Estado laico y promueve cambios en la simbólica sexual que dejan de lado la hegemonía de la permisibilidad sexual ligada a la procreación, al matrimonio y a la heterosexualidad. Esto asusta a los grupos conservadores, que en los momentos actuales surgen con fuerza, porque lo que se vive hoy atenta contra preceptos moralistas que se han ido construyendo durante siglos.

El abordaje de la sexualidad muestra el movimiento histórico de la política sexual, que tiene en un lado a una política de control que piensa que la sexualidad es un elemento poderoso de la sociedad que debe ser controlado (posición de las tendencias más conservadoras, desde la iglesia -Estado Vaticano- hasta los Estados que

propician políticas públicas de abstención y de control de la sexualidad. Del otro lado está la política del deseo, que despliega la potencialidad de la sexualidad y que, hoy por hoy, ha posibilitado la emergencia de sujetos y también de una industria del sexo que se mueve entre polos (el acceso de instrumentos de placer a través del mercado para todos y todas y la vorágine de una industria del sexo que intercambia personas sin su consentimiento a través de la trata). En esta última, parecería que los Estados no inciden.

En medio de estas dos políticas, existe la política de autonomía, en donde la decisión individual debe ser potenciada. En ese sentido, la participación de las mujeres y de los diversos (GLBT, adolescentes, indígenas, mujeres y hombres afroecuatorianos, adultos y adultas mayores, entre otros) son centrales para potenciar la autonomía en la sexualidad, la salud y la vida.

Con el feminismo, el cuerpo adquirió la centralidad que se perdió en la formación del personal de salud y las políticas públicas. Las mujeres, al plantear que nuestro primer territorio es el cuerpo y que lo personal es político, posicionamos la autonomía corporal y el placer.

De otra parte, Roberto Passos (2001) en una crítica a una centralidad corporal, ha establecido el peligro de entrar en una manía de la higiene “higienomanía” o a una adoración del cuerpo “somatotropía”.

Si bien es cierto que la adoración del cuerpo ha generado un mercado que fortalece la violencia simbólica que se ejerce sobre las mujeres para que respondan a una forma corporal socialmente aceptable, lo que Fatema Mernissi llama “el

harem occidental es talla 38”⁵², no es menos cierto que muchos grupos, a través del uso de tecnologías corporales, han podido ser sujetos de derecho; de hecho, algunos movimientos han complejizado esta centralidad del cuerpo ya que han recreado sus identidades desde el cuerpo⁵³, lo cual es similar en algunas culturas urbano-juveniles que se constituyen desde el vestido.

Estas nuevas identidades de género inciden en la matriz heterosexual que hegemonicamente se ha establecido como natural, disminuyendo su fuerza a través del posicionamiento público de opciones sexuales diversas que se constituyen en “amenaza” para la hegemonía masculina heterosexual.

En ese sentido, el apareamiento del VIH adquiere relevancia, ya que en un inicio se lo relacionó con prácticas sexuales discriminadas, y se establecieron estrategias para disminuir la epidemia enfatizando en “grupos vulnerables”, con dificultad de abordar la sexualidad como un hecho social amplio. Se recuerda que en los estereotipos del VIH se la imaginaba como: “fruto del pecado”, “castigo de dios”, “enfermedad de drogadictos, trabajadoras sexuales y homosexuales”. Y fue precisamente la concentración en el control de los “grupos de riesgo” que posibilitó

que, alterativamente, los grupos observados se constituyan como sujetos emergentes.

De estos sujetos emergentes, destaco a las personas que viven con VIH - PVVS que participan activamente en respuesta a la epidemia, a través de algunas organizaciones, una de ellas la Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH y sida - CEPVVS. El CEPVVS le dice a la sociedad ecuatoriana el “VIH no es el fin del mundo”, no debe generar una parafernalia militar (Sontag, 2003), y le brinda a la Salud Pública y a la sociedad algunas lecciones:

- Las acciones de prevención a través de las estrategias de sexo seguro, no centran “lo seguro” en la orientación sexual, sino en la decisión de la persona de asumir las relaciones sexuales en las condiciones que ella o él elija. La protección se liga a la libertad⁵⁴ sexual, y no a la abstención y control de la sexualidad.

La decisión individual tiene el recurso del uso del condón; no obstante, la “condonización” de la prevención de la epidemia, trasciende a un desarrollo de la sexualidad y el placer más allá del VIH, tomando como eje el cuidado del cuerpo de las personas que se involucran en el acto sexual. Intentan que se

51 La diversidad sexual ha visibilizado a hombres gay, bisexuales, transexuales, transgénero e intersex así como a mujeres lesbianas, bisexuales, transexuales, transgénero e intersex y ha profundizado en sus condiciones de vida y en los procesos de discriminación que afectan su salud.

52 Mernissi afirma que el harem occidental es talla 38 y que esta violencia se ejerce sobre las mujeres, al ejercer sobre ella un ideal físico que la desestabiliza emocionalmente, ya que se las “reduce a un mero objeto de exposición. Al confinar a las mujeres al status de objetos simbólicos que siempre serán mirados y percibidos por el otro, se les coloca en una inseguridad constante. Tienen que luchar por ser atractivas, bellas y disponibles”. Congeladas como objetos pasivos, su existencia depende de su poseedor. Entonces concluye que las mujeres occidentales de hoy, incluso con estudios y formación, se encuentran en la misma posición que las esclavas de un harem (2001: 251).

53 Surge la pregunta ¿Qué hay en el uso de los recursos tecnológicos de una reina de belleza, un físico-culturista y una persona trans? Y lo que sitúa es que los tres logran con sus cuerpos acercarse a lo que quieren ser. Se recuerda la reflexión de Agrado (persona trans) en la película “Todo sobre mi madre” sobre la autenticidad, al afirmar que las intervenciones quirúrgicas para ser mujer, le han permitido acercarse a lo que ella deseaba ser. Desde lo común de estos tres personajes, se constituye la diferencia; pues el o la trans performa un ejercicio de libertad a través de su cuerpo, en resistencia hacia un mundo patriarcal y homofóbico; mientras la reina y el físico-culturista intervienen en su cuerpo para acercarse a los patrones sociales dados, normalizados y excluyentes.

54 La Constitución del 2008 reconoce “El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su vida y orientación sexual” (art. 66).

aborde la dinámica sexual como un elemento que constituye su identidad y no como el espacio de riesgo que debe ser controlado. Resulta interesante mirar cómo la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género - CJEG lanza una campaña que titula “condonéate Ecuador por una sexualidad libre, responsable y placentera” (CJEG, 2011).

- Las organizaciones y las personas que viven con VIH apoyan al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud⁵⁵. El aporte de la CEPVVS ha sido reconocido por el personal de salud y las autoridades del MSP. Sin embargo, la calidad de atención a las PVVS todavía es insuficiente, no solo porque persiste el maltrato y la discriminación, sino porque no hay integración de los servicios del MSP con los del IESS, y muchos de los procesos aún no están suficientemente descentralizados, como la atención de niños y niñas que viven con el virus, cuyo seguimiento demanda importantes recursos a sus padres, que también viven con el virus.

No obstante, la participación de las PVVS van definiendo en los servicios de salud espacios de poder, pues el conocimiento médico dialoga con los conocimientos de la ciudadanía, que exige procesos de autodeterminación sobre su único territorio, su cuerpo.

Esta postura autónoma trasciende de una mirada fatalista del VIH, para verlo como una oportunidad para reaprender. Algunas mujeres que viven con VIH - MVVS se presentan diciendo: “*soy una mujer doblemente*

positiva, porque tengo el VIH y esto me ha servido para vivir de mejor manera”.

Este esfuerzo positivo de las MVVS no va a la par de una política pública que habla de una epidemia concentrada y afirma que los grupos que presentan VIH son principalmente HSH, trabajadoras sexuales y personas privadas de la libertad; grupos en los cuales concentra sus acciones. Su mirada se concentra solo en lo que quiere ver, a diferencia de la información estadística que evidencia la afectación de mujeres que permanecen en la casa y muestran que la relación hombre-mujer en la incidencia de VIH ha disminuido ostensiblemente desde el inicio de la epidemia⁵⁶. El avance ha sido la prevención de la transmisión vertical: nuevamente la acción pública se dirige a mujeres en su condición materna, máquinas maternas que importan en la medida en que den hijos e hijas sanos; no es de interés estatal una acción positiva, para garantizar que a las mujeres jóvenes embarazadas que son diagnosticadas de VIH (muchas veces junto a sus parejas también jóvenes), se les garanticen sus derechos integrales a salud, educación y trabajo, y que puedan incluirse en una sociedad que no las excluya y discrimine por tener el VIH.

En efecto, la participación de las PVVS cruza obstáculos que van más allá de la medicina y la biología, que demandan una política integral e intersectorial y la respuesta a la discriminación y el estigma que hace pesar sobre ellos y ellas una sociedad que excluye al diferente⁵⁷.

- Fortalecen acciones comunicativas para la diferenciación cultural del VIH y del sida, reto presente desde el inicio de la epidemia, pese a lo cual persiste (incluso en el imaginario de los trabajadores de salud) la asunción de que VIH es igual a sida y que los dos son sinónimo de muerte. Esto se deriva de una cultura sanitaria que, por más avances científicos respecto a la multidimensionalidad de las nosologías, enfermedades y epidemias, tiene en su imaginario que enfermedad es igual a la presencia de una bacteria, virus u otro agente.

Esto respecto al VIH. Últimamente la epidemia del AH1N1⁵⁸ visibiliza los miedos culturales que se refuerzan con los pánicos sanitarios, lo que fortalece en la salud pública la noción de causa-efecto, vendiendo con éxito –con el apoyo de transnacionales farmacéuticas– que lo que se necesita es garantizar medicamentos y no calidad de vida, que incluye también sociedades solidarias y autónomas.

Así se explica que en el Ecuador no se camine en programas integrales que vayan más allá de diagnósticos de PVVS y constitución de clínicas de VIH a verdaderas acciones positivas, para permitir que una persona con VIH pueda acabar sus estudios y graduarse, conseguir un trabajo digno, vivir en una vivienda adecuada, y se cumpla con los preceptos constitucionales, esto es, vivir bien. Por supuesto, se necesitan políticas culturales que incidan y construyan una sociedad más incluyente y menos discriminatoria.

Desde la integralidad del cuerpo, incluyendo lo mental y lo espiritual

“Las integralidades humanamente construidas son, entonces, integralidades siempre parciales, inciertas y cambiantes. Éstas podrán ganar mayor veracidad siempre y cuando el observador realice un acercamiento a la realidad de naturaleza contextualizada y la interprete en su complejidad, multidimensionalidad y globalidad, valiéndose además de los ojos de los demás. De esta manera, la construcción de la integralidad es un devenir práctico-teórico” (Granda, 2001: 163).

El cuerpo integral hace más complejo su abordaje y diversifica sus formas de salud, enfermedad y curación⁵⁹. Si entendemos que la salud es ausencia de enfermedad, sanar será remediar la enfermedad con medicamentos que permitan atacar lo que “provoca” la enfermedad, con lo cual triunfa una mirada causa-efecto, y/o multicausal.

Si se asume el determinismo social, entonces la cura será concebida como algo colectivo, externo al individuo, que hay que resolver. En ese sentido, caminar al mejoramiento de la calidad de vida (educación, trabajo, vivienda, vestido, alimentación, etc.), es básico y legítimo en sociedades desiguales como las nuestras, pero no es suficiente, ni siquiera en las sociedades occidentales concebidas como de mayor desarrollo. Ejemplifico este juicio:⁶⁰ hace poco contacté con una joven francesa que desde muy pequeña aumentó sus miedos por un ambiente familiar altamente inseguro; ¿Qué le ofreció la sociedad

55 No hay que olvidar que fue la participación de las personas viviendo con VIH la que propició que el país ofreciera medicación antiretroviral gratuita a partir del año 2002, cuando la Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH, dio respuesta a las medidas cautelares interpuestas por 153 PVVS que exigían al Estado ecuatoriano brindar una atención integral, ofreciendo antirretrovirales en forma gratuita, y se solicitó una vigilancia estricta de su condición de salud.

56 A inicios de la epidemia, la relación hombre-mujer era de 7-1; en la actualidad en el país la relación es de 2.5-1.

57 Los testimonios de hombres y mujeres que viven con VIH, son frecuentes las experiencias de rechazo en sus familias, los despedidos del trabajo, la exclusión de los centros de estudio.

58 Se recordará que la epidemia del AH1N1 se experimentó en sus inicios con pánico y con la urgente necesidad de privatizar la vida. México DF resolvió que la mejor forma de estar bien y libre del virus, era refugiarse en las casas, y dejar lo público limpio y vacío. Los privilegios no obtuvieron las personas, o la sociedad en su conjunto, la economía se vio afectada al igual que las relaciones, las ganancias fueron a las transnacionales farmacéuticas.

59 La siguiente cita permite acercarse al concepto de curación: “Cuando se le permite a la integralidad operar sobre nosotros, ella tiene un efecto de curación. Hablo de la curación no como una terapia, sino como la emanación de la integralidad de la vida” (Takar citado por Neufville, 1998: 33).

60 Para Edmundo Granda, los juicios eran puertas de entrada al mundo del conocimiento (1998b).

francesa? Un legítimo aseguramiento,⁶¹ acceso a médicos y medicamentos. Cuando llegó a Ecuador, cargaba una maleta de remedios para la gastritis, para dormir, para la angustia, etc. En sus propias palabras:

“En Ecuador, país del Sur que dicen que es pobre, inestable, encontré amigos y una generosidad inagotable, una familia que me ofreció todo su amor y su apoyo, y encontré allá la paz, la paz de las montañas. Quisiera agradecerle a esta tierra que me ha adoptado, que me enseñó a quererme, ya que el amor al otro también se aprende, y que me ha dado la oportunidad de iniciar mi proceso de sanarme en cuatro meses, cuando, durante nueve años, en mi país ultra desarrollado, la extraordinaria medicina occidental no había hecho nada sino subyugarme a una pastilla. Encontré en el Ecuador una lucecita y se quedará conmigo para siempre” (Mujer joven- pasante francesa en Ecuador, 2010).

Una luz también para la Salud Pública, para abordar otras formas de curar que no son excluyentes, sino que complejizan los caminos. Trigueirinho afirma que aparte de la física hay dos formas más de curar: aquella que quiere encontrar el equilibrio de la salud mental o la que nos lleva a trabajar el encuentro con tu centro sagrado, lo que algunas personas conciben como el logro de mayor conciencia.

Al respecto, existe un desarrollo diverso en el país, que constituye un movimiento emancipador pues brinda pautas para dejar el mercanti-

lismo de la salud y abordar la autonomía y soberanía del cuerpo. Afirman que el cuerpo humano es multidimensional y que sus componentes físicos, mentales, se acompañan de otros etéreos, astrales, cósmicos.

Resalto que Edmundo Granda contactó con estas dimensiones en sus últimos días, cuando leyó el libro “La Anatomía del Espíritu”. Comentó con uno de sus colegas que este libro había cambiado la óptica de su vida y afirmó: “voy a pensar más en mí mismo”. Al mismo tiempo, enviaba una comunicación en donde preguntaba sobre la “sensibilidad para encontrar en la espiritualidad la expresión integral de la vida” (email facilitado por Sandra Jaramillo).

Infinidad de procesos integrales, complementarios y holopáticos, ayudan a que la persona pueda integrar su emocionalidad con su corporalidad⁶². Desde la salud mental, algunos terapeutas (Vera Khon) inspirada en Durkheim, Jung y Rueda, abordan el inconsciente a través de los sueños y los psicografismos, para ayudar a que la persona encuentre sus respuestas en la simbólica del inconsciente.

Algunos autores acercan la salud a la espiritualidad (Cáceres, 1995: 79). Tal y como lo entienden los pueblos originarios, plantean que cada uno y cada una tiene una conexión profunda consigo mismo, con el otro y con el cosmos. Es lo que los pueblos indígenas simbolizan como Pachamama y los antropólogos llaman la cosmogonía. Somos una ola en el mar, y cada ola es fundamental para que el mar siga existiendo; somos parte de un plan energético y cósmico, no somos dioses, no creemos en dioses externos, pero

ciertamente nuestra energía interna nos junta a la gran energía de la vida, aquella que posibilita que, por un azar amoroso, un asteroide no choque con la tierra y dictamine su fin.

Lao Tse afirma “*Quien estime al mundo como a su propio cuerpo, se le puede confiar el mundo*”, lo que se aquilata con lo que plantea Karoline Myss en su libro la Anatomía del Espíritu, que hace un parangón entre los chacras de la medicina oriental y la cábala del judaísmo; a partir de lo cual desarrolla una metodología cuya base es la afirmación de que la biología es la biografía personal.

En los nuevos espacios sociales por la salud (tai-chi, aeróbicos, yoga) se producen otras relaciones sociales y se establecen plenitudes desde el cuerpo; es como si la población resistiera a la medicalización y emprendiera sus propios caminos de libertad y de sanación. A decir de Roberto Passos, este “*conjunto de prácticas corporales y espirituales que conforman un modo individual y colectivo de vivir*” establecen eficazmente “*una forma de ejercicio de la autonomía, que orienta un estilo de vida sincrético y traduce una flexibilidad cultural y personal que es fuertemente contrastante, o hasta virtualmente incompatible, con los fundamentalismos*” (Passos, 2008: 157).

El taoísmo dice: “*tres radios convergen en el centro de la rueda, pero es el vacío el que la hace girar*” (Lao Tse), y ciertamente el yoga y la meditación, constituyen espacios en donde el vacío occidental se acerca al oriental. La necesidad de vaciarse para estar pleno (Luz, 2000).

Esto complejiza incluso las formas de lucha. Debemos seguir luchando por un Sistema Nacional de Salud equitativo, y estableciendo estrategias para reformas legales e institucionales,

de tal forma que la política pública responda a los preceptos constitucionales; sin embargo, es urgente alimentarse de otras formas de lucha (meditación, ejercicios, vegetarianismo, ayuno, vigilia, oración, contemplación, descanso, recreación, entre otras) que van constituyendo formas de vida, en otras maneras de integrarse y comunicarse. Actualmente en el Ecuador, en espacios más pequeños (parroquias, comunidades, barrios), la juventud, las mujeres diversas, construyen espacios de salud a través del deporte, la alegría y los sueños, intentando trascender de una mirada biologicista y mercantilista.

El concepto de salud problematizado, brinda pautas de descolonización, para caer en cuenta de que la vida, al igual que la salud, no puede sujetarse por un enfoque productivista: estar sano para trabajar, y en donde la realización pasa por poseer elementos externos al cuerpo. Cada vez más, la población recrea desde su cuerpo un territorio que también es naturaleza, conformado por agua, tierra, fuego y aire (Forero, 2010; Souza, 2010).

La posibilidad de integralidad del cuerpo va más allá de la mente, el pensamiento y la racionalización, para contactar con otras dimensiones cognoscitivas como la intuición y la expansión de la conciencia, que relativiza lo que ves, tocas u oyes; y desde -y con- la energía cósmica tienes comprensiones más amplias⁶³. Con seguridad que esto aboca a una soberanía del cuerpo cosmogónico.

La idea es permitir el entendimiento de Iván Illich, quien afirma que:

“*La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto, sino una reacción autónoma, aunque culturalmente moldeada, frente a*

61 El o los aseguramientos tienen dos dificultades: a) homogenizan la oferta con paquetes básicos similares y definidos por tecnócratas como si fuésemos iguales; en tal sentido, no respetan la esencia de la salud y la vida; y b) hay muestras locales, nacionales e internacionales de cómo los aseguramientos no son sino la organización de lo público para favorecer a lo privado (profundizar en la experiencia del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y su aseguramiento).

62 Solo nombro algunos: acupuntura, ayurveda, homeopatía, biosalud, flores de Bach, bioenergética, yoga, osteodinámica, etiopatía, entre otras.

63 Al respecto, un monje Zen dice que para comprender la realidad se debe considerar algunas miradas: aquella que se muestra a primera vista, la científica, la intelectual, la del corazón, la de los otros y otras, etc. (Conferencia organizada por el Área de Salud de la UASB, 2007)

la realidad socialmente creada. Ella designa la habilidad de adaptarse a los ambientes mutables, al crecimiento y al envejecimiento, a la cura ante la enfermedad, al sufrimiento y a la experiencia pacífica de la muerte. La salud abarca el futuro también y, por tanto, incluye la angustia así como los recursos internos para convivir con ella” (Illich citado por Passos, 2008).

III. A manera de cierre

Apenas unas pinceladas en el entendimiento de la salud desde la vida, motivadas por la urgencia que ya en 1997 establecía Edmundo, en su lectura sobre la necesidad de que el quehacer sanitario se llene de sujetos, actores y públicos de la salud, para:

“comprender y defender la vida. La vida como el sí mismo biológico humano y no humano que constantemente se depreda; la vida como humanidad de un Yo que tiene derecho a establecer un lugar en el mundo, la vida como el deber cultural y moral de reconocer al otro como sujeto vivo y libre y nunca supeditado al mercado de cuerpos y órganos, la vida y la salud como realidad cultural, ética y veraz que se produce en el cotidiano vivir de la gente. La vida como lucha contra los fragmentos estallados de la modernidad, sean estos empresa, mercado y Estado que en ocasiones la desconocen en nombre del poder o el dinero” (1997: 238).

La salud en el Ecuador se nutre de una diversidad compleja que, a decir de Sousa Santos y Granda, exige una teoría de la traducción, la cual permita una biopolítica que descolonice la salud, *desmedicalice* la vida, que no solo equipe hospitales y racionalice las redes de atención de enfermedad, que considere que la enfermedad medicalizada sustenta el enriquecimiento de las trasnacionales médicas y farmacéuticas y produce mayor dependencia.

Desmedicalizar la enfermedad y descolonizar la salud requiere visibilizar otras formas de vivir,

sanar y curar, dando la voz a los sujetos sociales; por eso un elemental de la política pública saludable es la participación en salud. Sin sujetos sociales, sin actores políticos, sin ciudadanos, no puede lograrse salud.

Tenemos la ventaja de estar en el país de la Constitución del Sumak Kawsay y de la interculturalidad; por tanto, tenemos la columna vertebral para el encuentro, a través de procesos de participación ciudadana que ya han permitido el mejoramiento de los servicios de salud. Se trata de constituirse en un Estado Constitucional de Derechos, en donde se pueda gozar de los derechos en forma equitativa y con igualdad, lo que implica el reconocimiento de la diferencia, para establecer redes de consenso y una deliberación genuina.

De hecho, el régimen del buen vivir da pautas para que esta normativa, que no se originó en los tomadores de decisiones nacionales e internacionales sino en el movimiento social, sea un punto de llegada y de partida a un mundo diverso, complejo, aún desconocido para muchos e incluso negado. Son nuevos tiempos, oportunos para reconocer que la complejización del concepto de la salud no se puede dar y no se ha dado solo desde teóricos de la medicina social, o desde el congelamiento de las normativas diversas; pues solamente se volvió posible en la constitución de los sujetos sociales.

Las políticas públicas del “gobierno socialista del siglo XXI” tienen una deuda social: pasar, en sus procesos de cambio, de generar propuestas de acción pública por parte de tecnócratas, a organizar y escuchar la demanda ciudadana: esto es profundizar la democracia desde la salud.

En ese sentido, la definición de políticas públicas saludables, muy de la mano de la promoción de salud, puede propiciar un medio para acercarse a la vida y potenciar las propuestas de transformación social y política que interpelen las concepciones hegemónicas de la democracia y la relación Estado-sociedad civil, y abran oportu-

nidades para caminar hacia sociedades más justas, igualitarias, equitativas e incluyentes por una refundación del Estado.

Un elemento básico del quehacer estatal es generar políticas intersectoriales, pues la salud no es asunto solo del sector salud, que organiza redes de atención de enfermedad. No. Es la conjunción del poder técnico, político y administrativo estatal para hacer posible el derecho a la salud. Es necesario entonces, establecer acciones de salud en varios niveles: a) en el nivel político, como disputa por la hegemonía cultural de una cierta concepción del proceso salud-enfermedad-atención; b) en el nivel institucional, para desarrollar un sistema de salud capaz de acoger las necesidades diversas de salud de las poblaciones e intervenir en los determinantes; c) en el nivel clínico, para ampliar las estrategias de cuidado, entendiendo que el sujeto es un acontecimiento que ocurre en el entrecruzamiento de planos biológico, social y subjetivo; y d) en el nivel de la gestión, democratizando las instituciones de salud e instaurando procesos de redistribución de cuotas entre trabajadores, usuarias y gestores (Castro, 2006: 37).

Se trata de asumir la tríada relacional Estado-derechos Humanos-mercado, en donde la política pública debe asumir con más fuerza el control del mercado para garantizar el derecho a la salud. No se puede dejar solo al mercado, más aún cuando los servicios se desenvuelven en el corazón del mismo, y más cuando es necesario generar acciones de protección en una sociedad que produce enfermos que pudieron evitarse. No obstante, el desafío está en combinar acciones que permitan emancipar desde la salud.

¿Será que podremos incidir para que disminuya el miedo a la vida-muerte y a la salud-enfer-

medad, como formas culturales que idealizan la salud y la vida sin siquiera comprenderlas, y satanizan la muerte y la enfermedad negando que son dimensiones necesarias que precisan los ciclos continuos? Ciertamente que el miedo subyace en la incapacidad de ver más allá de lo evidente.

En fin, el desafío es recrear en nuestra cotidianidad la presencia de Umiña⁶⁴ para posibilitar que la salud pública supere “aquel camino trágico para la humanidad”, del que nos habla Madel Luz, y que la “verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos” se encuentren (citado en Granda, 2004c: 181).

Espero que este artículo, brinde pistas para aprender a vivir y morir bien, tal y como nos enseñan los movimientos y nuestro querido Edmundo. A aceptar que tenemos tiempo y espacios definidos, que hay oportunidades que se presentan una sola vez y que la única forma de trascendencia es el servicio, pues solo en él, los otros, los que estamos vivos, significaremos nuestro pensamiento y acción a partir de las enseñanzas recibidas con afecto. Me quedo resonando con un sentir profundo de que Edmundo es un hombre postmoderno en oposición amorosa y que la vida es una hermandad en donde se incluyen las muertes de nuestros seres queridos.

Convencida de que fue un hombre que supo interpretar el tiempo en que vivió y que la intensidad de su involucramiento emerge de su afán de servicio, en donde su inteligencia emocional le permitió juntar y hacer luz en tiempos capitalistas neoliberales, he intentado estas pinceladas, aún débiles e incompletas, en la confianza de que los colectivos, accionando, terminarán el mosaico, mientras tanto inauguraremos sin fin, nuevos movimientos, nuevas esperanzas, nue-

64 Diosa de la Salud ecuatoriana que pertenecía a la cultura manteña del litoral ecuatoriano y que en tiempos ancestrales proveía de salud y protección con influencia en Latinoamérica.

vos caminos, como única garantía de renovación constante de la vida y como posibilidad de constatar su pregunta: ¿Quo Vadis⁶⁵ Salud Pública?

Parecería que el camino es profundizar las pistas que nos dejan los movimientos sociales y sentarnos a interpretar nuestros sueños y encontrar en ellos nuevos horizontes de visibilidad, para que, efectivamente “nuestras palabras sean comprendidas en sus auténticos significados” (Rojas, 1994) y podamos constituirnos en un movimiento de salud de la mano de diversos sujetos de salud y vida.

“No morirá la flor de la palabra, podrá morir el rostro oculto de quien la pronuncia hoy, pero la palabra que vino desde el fondo de la historia y de la tierra no podrá ser acallada por la soberbia de los poderosos. Nosotros nacimos de la noche, en ella vivimos, en ella moriremos, pero mañana la luz será para los más para quienes hoy es negado el día... Nosotros somos la dignidad rebelde, el corazón profundo de la patria... para nosotros nada, para todos todo...”

Ejército Zapatista de Liberación Nacional, 2010

Bibliografía:

- Aguiló, Federico (1992). *El hombre del Chimborazo*. Cuarta Edición. Quito.
- Azize, Yamila (2009). La izquierda y el aborto en América Latina y el Caribe: Un pasito adelante y... diez atrás. En Revista Mujer y Salud 1/2009. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericana y del Caribe - RSMLAC. Santiago de Chile.
- Balladelli, Pier (1988). *Entre lo mágico y lo natural, la Medicina Indígena. Testimonios de Pesillo*. Ediciones Abya-Yala. Quito.
- Bateson, Gregory y Mary Catherine Bateson (1989). *El temor de los ángeles*. Epistemología de lo sagrado. Primera edición, Barcelona, 1989.
- Betancourt, Zaida (1991). Cólera: ¿Una enfermedad distinta o la fotografía de una crisis? En: Cuadernos de Salud Colectiva Vol.1 # 3, Junio, 1991. Quito.
- Betancourt, Zaida y Sandra Jaramillo (1995). Reforma del Sector Salud e Interculturalidad. En: *De la protesta a la propuesta. Memoria de los Talleres de Antropología Aplicada*. Quito. 345 p.
- Betancourt, Zaida (1998). Manual de Salud Reproductiva del MSP: Aportes de Género en un proceso para lograr efectividad en las normas. CONAMU. Quito.
- Betancourt, Zaida (2000a). La Salud Pública en el Ecuador: Reflexiones desde el análisis de Género. En *IV Encuentro de Universidades de la Subregión Andina “Género y Realidad Andina”*. Cuenca 26-27 y 28 de enero del 2000. Cuenca: Talleres gráficos Universidad de Cuenca.
- Betancourt, Zaida (2000b). El aborto en el Ecuador: Un problema de Salud Pública, de Justicia Social y una violación al Derecho a la Salud de las Mujeres. En: Revista Cántaro. Año 9. Número 28. Cuenca.
- Breilh, Jaime y Edmundo Granda (1995). Obstáculos de la Epidemiología Tradicional en la Interpretación Científica del procesos Salud-Enfermedad En *“Investigación de la Salud en la Sociedad: Guía pedagógica sobre un*

nuevo método. CEAS. Edición de la Fundación Salud. La Paz.

- Brunelli, Gilio (1987). *De los espíritus a los microbios. Salud y sociedad en transformación entre los Zoró de la Amazonía Brasileña*. Abya-Yala. Traducción al español, 1989. Quito.
- Cáceres, Milton (1995). Una nueva concepción de la vida, de la salud y de la práctica médica. En: Políticas de Salud y Pueblos Indios. Terán y Malo (comp). Universidad Andina Simón Bolívar, Subsede Ecuador, MSP, OPS, OMS. Abya-Yala. Quito.
- Castro, Adriana y Miguel Malo (2006). Sistema Único de Saúde (SUS) resignificando a promocao da saúde. Saúde en Debate 175. OPS. Editora Hucitec. Sao Paulo. 222 p.
- CESAP (1989). Evaluación del Trabajo del Equipo Coordinador CESAP Nacional. Periodo 1987-1989. Quito.
- CONAIE (1994). Los pueblos indígenas del Ecuador y la Reforma del Sector Salud. Polycopia. Quito.
- CONAIE (1995). II Encuentro Nacional de Salud Indígena, Memoria. Baños.
- CONAMU (1998). Presentación institucional. Quito.
- Conejo, Miriam (2006). Jambi Huasi Causai. Historia del Jambi Huasi. Sistematización de la Experiencia del Jambi Huasi. Auspicio del UNFPA. Quito.
- Comisión del Control Cívico contra la Corrupción - CCCC (2007). Veeduría ciudadana para vigilar el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Isidro Ayora. Quito.
- Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas (2003). Las mujeres por la salud y la vida, Sistematización del procesos “Construyendo ciudadanía desde la participación social en salud. Quito.
- Costales, Patricia (1990). La maquila: nuevo infierno. En: Cuadernos de Salud de la Mujer Vol.1 # 1, Septiembre, 1990. Quito.
- De Sousa Santos, Boaventura (2003). *La caída del Ángeles Novus: Ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política*. ILSA (Instituto Latinoamericano de Ser-

65 Quo Vadis significa en latín “¿A dónde vas?”.

- vicios Legales Alternativos) y Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Bogotá.
- De Souza Santos, Boaventura (2010). *Re-fundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. Siglo del Hombre Editores; Universidad de los Andes. Siglo Veintiuno Editores. Bogotá.
 - ECUARUNARI-UNICEF (1995). *Propuesta de Trabajo en Salud para el Decenio de los Pueblos Indígenas*. Policopia. Quito.
 - Espinosa, Petronio (1992). *El proyecto Neoliberal y la ley de modernización*. Policopia. Quito.
 - Estrella, Eduardo (1977). *Medicina Aborigen, La práctica médica aborígen de la sierra ecuatoriana*. Editorial Época. Quito.
 - Federación de Trabajadores de Salud de Pichincha. Escuela de Salud Pública (ESP). Coordinadora Popular de Quito. *Encuentro Popular en Defensa de la Salud y la Vida*. Quito, noviembre 26-27, 1993. Memoria.
 - Forero, Oscar (2010). *Ponerle sabor a la vida. Principios esenciales de la corresponsabilidad municipio/ciudadanía en materia de salud colectiva metropolitana*. En: Revista Q, la revista de la ciudad. Julio # 4. Quito.
 - Granda, Edmundo (1987). *Método epidemiológico: Conocimiento y política. Comentario a la ponencia "Epidemiología entre fuegos" de Jaime Breilh*. CEAS. Ponencia presentada en el Taller de Medicina Social, IV Congreso Latinoamericano de Medicina Social, V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín. Policopia.
 - Granda, Edmundo (1991). *Escuela de Salud Pública: un espacio para la lucha en salud*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo, 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (1992). *Comentarios internos sobre los avances del proyecto de investigación CEAS-CEPAM "Mujer, vida reproductiva y salud: conocimientos, actitudes y prácticas sobre el embarazo, parto, postparto, crianza del niño menor de un año y planificación familiar en las mujeres de los barrios de influencia del CEPAM"*. CEAS-Quito.
 - Granda, Edmundo (1995). *Debate sobre calidad, comunicación interna con Cecilia Falcony*. Policopia. Quito.
 - Granda, Edmundo (1996). *Perspectivas de la Salud Pública para el Siglo XXI, Conferencia sustentada ante el personal del Ministerio de Salud Pública de Honduras*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo, 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (1997). *Medicina tradicional, sistemas de salud no formales y reforma de servicios de atención médica*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (1998a). *Globalización y reforma sanitaria*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre, 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (1998b). *Construcción de la imagen del objeto*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre, 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (1999a). *Salud Pública e identidad*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo, 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (1999b). *Comentarios sobre el documento "Metódica para el Diagnóstico de Educación Permanente en el área de influencia del Proyecto Desarrollo de Espacios Saludables"*. Loja. Policopia.
 - Granda, Edmundo (2000a). *Salud: globalización de la vida y la solidaridad*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (2000b). *Formación de salubristas: algunas reflexiones*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (2001). *Integralidad y vida*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (2004a). *¿Quo Vadis Salud Pública?* Conferencia en el Foro de la Sociedad Civil en Salud 9-11 de agosto de 2004. Lima. Policopia.
 - Granda, Edmundo (2004b). *Salud: Unidad en la Diversidad*. Charla presentada en el Quinto Encuentro Internacional de Gerencia en Salud "Globalización y Salud" entre el 23 y 26 de noviembre. Quito. Policopia.
 - Granda, Edmundo (2004c). *ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo 2009. Quito.
 - Granda, Edmundo (2007). *El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico*. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo 2009. Quito.
 - Guamán, William (1988). *II Foro Médico Nacional "Contra la Tortura y por el Derecho a la Vida"*. Editorial Universitaria. Quito.
 - Guayasamín, Soledad y Miriam Moya (2000). *"Ser de coyote..." Una condición para migrar*. En: Revista Cántaro. Año 9. Número 29. Cuenca.
 - Guzmán, Milton (1994). *Políticas de salud, salud indígena y neoliberalismo en el Ecuador 1980-1994*. Policopia. Quito.
 - INREDH (2001). *Diversidad, ¿Sinónimo de discriminación?* Serie Investigación 4. Quito.
 - INREDH (2002). *¿Un derecho enfermo? La salud en el Ecuador*. Serie Investigación 6. Quito.
 - Kowi, Ariruma (2011). *El Sumak Kawsay*. Revista Aporte Andinos del Programa Andino de Derechos Humanos de la Universidad Andina Simón Bolívar Ecuador. # 28. Disponible en http://www.uasb.edu.ec/padh_contenido.php?cd=3272&pagpath=1&swpath=infb&cd_centro=5&ug=pu.
 - Kowi, Ariruma (2010). *Cultura y sexualidad en adolescentes y jóvenes kichwa otavalo*. En: *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito.
 - Ledesma, Manuel Perez (1994). *"Cuando lleguen los días de la cólera"* (Movimientos sociales, teoría e historia), En: Zona Abierta, # 69, 1994, Madrid. pp. 51-120.
 - Le Breton, David (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Traducción de la segunda edición corregida de Paula Mahler. Título del original en francés Anthropologie du corps et modernité. Buenos Aires: Nueva visión.
 - Lombeyda, Guiomar (1998). *De la Tierra del Pumín: Vivencias y testimonios. De los saberes cotidianos sobre la salud en Guaranda*. Escuela de Educación y Cultura Andina (EECA). Universidad Estatal de Bolívar. Quito.
 - Luz, Madel (2000). *El vacío en las relaciones sociales de la cultura actual*. Policopia. Brasil.
 - Mernissi, Fatema (2001). *El harén en occidente*. Título original Scheherazade goes West, or: The European Harem. Editorial Planeta Colombiana S.A. Bogotá.
 - Mideros, Raúl (s/f). *Individuo, civilización y muerte*, Policopia. Quito.
 - Mideros, Raúl (1995). *Cultura y Salud. Conferencia para el personal de salud de la Dirección Provincial de Salud de Chimborazo*. Policopia. Quito.
 - MSP (2010). *Situación de salud de los y las jóvenes indígenas en Ecuador. VIH y sida y embarazo en adolescentes*. Informe Ecuador. Investigador Ferran Cabrero. Quito.
 - MSP y CONASA (2005). *Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito.
 - Morin, Edgar (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Edición española a cargo de Marcelo Pakman. Barcelona. Título del original en francés: Introduction a la pensée complexe. París 1990.
 - Myss, Caroline (2005). *Anatomía del Espíritu*. Título original "Anatomy of the Spirit". Traducción por Amelia Brito. Bogotá.
 - Morin, Edgar (2006). *El método 2. La vida de la vida*. Traducción de Ana Sánchez. Séptima Edición. Ediciones Cátedra. Madrid.
 - Movimiento Mujeres por la Vida (2011). *El movimiento mujeres por la vida propone: participación ciudadana en salud*. Quito.

- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito y Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (1995). Seminario Nacional Experiencias Municipales en Salud y Género. Proyecto “Mujer, Salud Integral y Educación”. Publicación 1. Quito.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito y Corporación Utopía (2000). *Derechos Humanos, Género y Desarrollo local*. Quito.
- Neufville, Pascal (1998). Introducción a la osteodinámica. Una ciencia y un arte a la escuela de las memorias del cuerpo. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Quito.
- OPS (1999). *Violencia contra las mujeres, la ruta crítica de las mujeres*. Quito.
- OPS-Organización Panamericana de la Salud (2003). *Proyecto Desarrollo Espacios Saludables...desde espacios y fronteras hacia caminos y horizontes saludables*. Quito.
- OPS, CEPAM Quito, CEPAM Guayaquil y SENDAS (1996). *De Otros Partos y Nacimientos: Historias y procesos de sistematización en salud con enfoque de género*. Quito.
- OPS (2001). *Guía para la Conformación de los Comités de Usuarías “Vamos”*. Quito.
- Passos, Roberto (1997). *Perspectivas de la gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 # 4. Washington D.C.
- Passos, Roberto (2001). *Higiomania: A Obsessão com a Saúde na Sociedade contemporânea*. Policopia. Brasília.
- Passos, Roberto (2008). *La salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Iván Illich*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Pinkola, Clarissa (1998). *Mujeres que corren con los lobos*. Primera Edición. Barcelona.
- Hess, Carmen (1994). Enfermedad y moralidad en los andes ecuatorianos. En: *Salud y antropología*. Serie Hombre y ambiente, 29 número monográfico. Ediciones Abya-Yala. Quito.
- Ramón, Galo (1993). *El regreso de los runas. La potencialidad del Proyecto Indio en el Ecuador contemporáneo*. COMUNIDEC-Fundación Interamericana. Quito.
- Reascos, Nelson (2008). La salud y la interculturalidad. En: *Miradas desde las ciencias sociales hacia la salud pública. Memorias del Diálogo Académico 2008*. Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (comp.) 269. Quito.
- Restrepo, Luis Carlos (2000). *Libertad y Locura*. Tercera Edición. Arango Editores Ltda. Bogotá.
- Rojas, Carlos (1994). *Recursos Humanos de la Salud Pública: de actores a sujetos*. OPS. Quito.
- Salgado, Judith (2008). *La reappropriación del cuerpo: Derechos sexuales en Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Abya Yala, Corporación Editora Nacional.
- Sánchez Parga, José (1995). *Nuevos retos culturales de la medicina en el medio indígena*. En: *Políticas de Salud y Pueblos Indios* (Comp. Terán y Malo). Universidad Andina Simón Bolívar, Subsede Ecuador, MSP, OPS, OMS. Abya-Yala. Quito.
- Sánchez Parga, José (1997). La antropología entre el sistema de salud tradicional y el sistema médico. Ponencia realizada en mayo de 1997 en el Taller de Medicinas Tradicionales y Sistemas no formales de salud del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Policopia. Quito.
- Shiva, Vandana (2010). Diálogo sobre Eco-feminismo con Vandana Shiva. Conferencia del 26 de noviembre. Instituto de Estudios Ecológicos del Tercer Mundo. Policopia. Quito.
- Schiller de Kohn, Vera (2006). Terapia iniciática hacia el núcleo sagrado. Editorial cuatro vientos. Quito.
- Sola, José (1995). La búsqueda de un nuevo modelo de atención es urgente. En: *Políticas de Salud y Pueblos Indios* (Comp. Terán y Malo). Universidad Andina Simón Bolívar, Subsede Ecuador, MSP, OPS, OMS. Abya-Yala. Quito.
- Sontag, Susan (2003), *La enfermedad y sus metáforas, El sida y sus metáforas*, Argentina: Santillana SA.
- Tatzo, Alberto y Germán Rodríguez (1996). *La visión cósmica de los andes*. Ediciones Abya-Yala. Quito.
- Tillería, Ylonka (2009). Impactos de la floricultura en la salud y el ambiente. En *¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009*. PADH (comp.) 528. Universidad Andina Simón Bolívar-Ediciones Abya-Yala. Quito.
- Touraine, Allan (2005). *Uno nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Traducción de Agustín López Tobajas y María Tabuyo. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona.
- UNFPA (2004). *Cuerpos, tambores y huellas. Sistematización de proyectos de salud sexual y reproductiva 2002-2003*. Quito.
- UNFPA (2006). *Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna*. Memoria del Seminario Internacional realizado en Otavalo, 10 y 11 de noviembre de 2005. Quito.
- Vega, Gustavo (1993). *Alquimia simbólica, en busca del oro interior*. Cuenca: Impreso en el Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Cuenca.
- Walsh, Catherine (2005). Interculturalidad, colonialidad y educación. Presentado en el Primer Seminario Internacional (Etno) educación, multiculturalismo e interculturalidad. Bogotá. Policopia.

Artículo 7

La salud - bien público concebido en lo “glocal”¹

David Acurio Páez²

*“El Universo está constituido por una inmensa trama de relaciones,
De tal manera que cada uno vive por el otro, para el otro y con el otro.
El ser humano es un nudo de relaciones vuelto hacia todas las direcciones....
Si todo es relación y nada existe fuera de la relación, entonces la ley más universal es la sinergia, la colaboración, la solidaridad, la comunión y las hermandades universales”*

Leonardo Boff

*“Era un Estado que, como dice Rovere, “quería pero no podía”.
Siempre vivíamos esperanzados en que algún momento si podrá,
al menos, un poco más. Ahora que el Estado “no quiere ni puede”,
el dilema es muy complejo.*

Edmundo Granda. - junio 28 de 1996.

Lo global y lo local

Edmundo Granda no se definiría como un académico, al igual que Paulo Freire cuando le preguntaron si era un pedagogo. Granda diría que, ante todo, era político y que, por lo tanto, sus preocupaciones giraban en torno al “mundo de la vida” y en torno al rol y la estructura del Estado. Por ello, uno de sus ámbitos de reflexión y de acción estuvo relacionado con la construcción de lo local frente al mundo de lo global.

Desde el pensamiento de Edmundo es posible afrontar la realidad local de una manera distinta, desde un conjunto de elementos conceptuales que rebasaron la sola discusión de la reorganización de la burocracia normativa para abordar la construcción de vida desde un Estado y unos salubristas que son intermediadores válidos de las expectativas cotidianas.

Lo local no puede tratarse al margen de lo global; solo así se podrá *“surfear por los mares de la*

1 Edmundo Granda tomó de Robersont la noción de glocalización para referirse a la “potencialidad de participar en el convite global manteniendo siempre nuestra historia, cultura y políticas locales” (Granda, 2000).

2 **David Acurio Páez.** Ecuatoriano. Doctor en medicina y cirugía. Master en salud familiar y comunitaria. Diplomado en docencia universitaria en salud. Diploma de OPS/OMS en salud internacional. Diploma de gerencia social por INDES. Actualmente es docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Viceprefecto de la provincia del Azuay.

Hay que reconocer que si este artículo llega a concluirse, será el pago de una vieja deuda, que cada vez que empezaba a plasmarse en reflexiones, terminaba refugiada en un archivo y que gracias a la agenciosa y dedicada solidaridad de Zaida Betancourt, ha logrado brincar las barreras de mi actual vida de servidor público.

Mi deuda con Edmundo, creo que la comparto con su tierra de nacimiento y de identidad, Cuenca, donde la Facultad de Medicina que lo formó aún no han logrado recuperar el valor de su afecto, de su pensamiento y de su obra, ni se han abierto espacios para descubrir sus aportes a la salud pública de América Latina.

globalización con un espíritu crítico y construyendo la posibilidad de glocalizarnos.” Este concepto lo retomaba Edmundo permanentemente de Robertson para plantear la idea de mirar y relacionarse con los procesos globales sin perder nuestras identidades particulares de países periféricos.²

Cuando Edmundo Granda habla en su magistral conferencia en la Habana en el 2000 de “globalizar la esperanza”, o cuando en el 2005 reflexiona sobre la “globalización de los riesgos en salud”, lo hace diferenciando con claridad globalismo de globalización. Asume, como Beck, que el globalismo es esa lógica en la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político, es decir la ideología del dominio del mercado mundial, mientras que la globalización alude al hecho de que los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios.

Así, el globalismo, decía Granda³, no solo genera desocupación sino que también produce inmensos bolsones de exclusión social, que constituyen verdaderos agujeros negros, donde caben poblaciones que son completamente innecesarias dentro de la red productivista y la competitividad global. “Este cuarto mundo”, que es posible encontrarlo no solo en los países subdesarrollados sino también al interior de las zonas no apetecidas por el capitalismo informatizado de los países del mundo desarrollado, es un mundo excluido de la lógica global⁴, y a la vez consolidado por las relaciones generadas entre los “olvidados” (Granda, 2005).

Estos agujeros negros evidencian la separación “cada vez más abismal” entre la lógica globalista y la lógica del mundo cotidiano de los trabajadores y de las masas poblacionales, “una contradicción entre la red y la identidad”, donde los excluidos construyen su mundo al margen de los excluyentes, donde los territorios periféricos construyen su vida al margen de los territorios centrales, donde el mundo de la vida se construye al margen del modelo de desarrollo del sistema financiero.

Cuando hace referencia a esta contradicción, recupera esa idea de que en la construcción de este globalismo, *“los ricos, que casualmente son los actores con más recursos y mayor poder en la escena política, no necesitan de los pobres ni siquiera para la salvación de sus almas... Los pobres no son los hijos de Dios, con los que se practica la reparadora beneficencia, no son el ejército de reserva..., no son consumidores., no tienen ninguna utilidad”*. Coincidiría ahí con el reciente escrito de Galeano cuando habla de “los nadies” de la sociedad capitalista.

En el marco del “globalismo”, el Estado Nación parece muy pequeño para resolver los problemas grandes, y muy grande para resolver los pequeños; por ello el pensamiento de Granda coloca un desafío enorme al hablar de la construcción desde lo local, el pensar en hacer de manera descentralizada pero con un Estado que se robustece en su rol regulador; cuestionando así el rol que los Estados de América Latina tuvieron en los 90, de ser “agentes de interacciones mercantiles”, privatizadores de servicios públicos y demandando su transformación a Estados

reales, que hoy García Linera llamaría “Estados integrales”.

Granda nos dejó la pregunta, el desafío permanente de si somos capaces de reconstruir el poder del Estado en una versión democrática, *“donde sea posible dar cabida a las diversas expresiones de identidad que se han formado a través de la resistencia y que actualmente pasan a conformar identidades proyectivas que intentan organizar nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas de globalidad”*. Que proponen formas generales de vida más humanas, que luchan porque las diferencias de género no se transformen en inequidades. Movimientos genéricos que proponen políticas de carácter personal, donde lo privado y lo público borran diferencias.

Esas formas más humanas que recuperan el mundo de la vida, son posibles de construir desde la “glocalidad”, diría Edmundo, y ahí la descentralización juega un rol capital para construir una “metáfora” de salud pública alternativa, pues la descentralización alude a la distribución del poder –no solo dentro del Estado–, sino sobre todo entre el Estado y la sociedad, donde los cambios transcurren, por lo tanto, en la dimensión política de la sociedad.

Edmundo Granda diría que *“Todo acto de descentralización/desconcentración conlleva en sí mismo un acto de centralización/concentración en el nivel al que se transfiere capacidad de decisión y funciones, lo que obliga a definir “qué”, a “quién”, “cuándo” y “cómo” transferir a la periferia y lo que debe permanecer en la instancia central. Se plantea que lo deseado es un “balance adecuado” -notemos la vaguedad de la expresión- entre centralización y descentralización, reconociendo que lograr y sostener dicho balance es tarea difícil.”*

Su mirada de lo global y local es la que nos puede permitir decir hoy que construir un mundo distinto exige, en lo político, superar el neoliberalismo y la enorme maquinaria que instaló en estos años; supone enfrentar las fracturas que ese proceso generó global y localmente, reconstruir el tejido social para que la política democrática vuelva al centro de la sociedad, un tejido que supone articulación, que supone suma de fuerzas, recoger demandas y sumarlas a las de los salubristas, construir “metáforas” capaces de seducir y convencer, liderazgo ético, intelectual y articulación de diversidades como “una forma de andar por la vida”.

La dimension de la salud

A primera vista, estas reflexiones parecerían estar muy lejos del quehacer de la salud, y probablemente así es: están lejos de la “enfermología”⁵, le apuestan más a una mirada de la salud integrada al conjunto del desarrollo humano, de las condiciones en que se da la vida de las personas. Lo que, dicho en palabras de Edmundo, sonaría como *“Más allá del pragmatismo de los tecnócratas y de la deformada óptica mercantil de la medicina lucrativa. La lucha de los pueblos por la salud y la vida cobra las más diversas formas”*.⁶

Quienes comprendemos que la salud es el resultado de las condiciones de vida y que las desigualdades sociales existentes marcan también grandes diferencias en las formas de enfermar y morir, sentimos que el contenido de la nueva Constitución ecuatoriana marca un momento de quiebre en la concepción de salud en nuestro país. Que la Constitución recoge en su contenido las demandas históricas de las organizaciones sociales y de los activistas por la salud.

2 Granda, Edmundo: Globalización de los riesgos en salud – Conferencia presentada en el IV Congreso Internacional de Salud Pública “Globalización, Estado y Salud” noviembre 10, 11 y 12 de 2005 Universidad de Antioquia.
3 Recuperando siempre el pensamiento de Castells.
4 Granda Edmundo: Globalización de los riesgos en salud. Idem.

5 “Enfermología” era el término con el que solía Edmundo llamar al trabajo centrado en la enfermedad y no en los seres humanos.
6 Granda, Edmundo y colectivo nicaraguense (1987). Nicaragua: Revolución y Salud.

Percibimos también que la letra constitucional es, por ahora, eso, una metáfora⁷ en la acepción que le daba frecuentemente Edmundo, es decir un imaginario, una “ventana de oportunidades” y de contradicciones, por la que tenemos que trabajar y demandar.

Cuando el Ecuador aprueba su nueva Constitución, aprueba también la definición de salud como un derecho... *“cuya relación se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la cultura física, al trabajo, a la seguridad social, a los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.”*⁸.

La Constitución de Montecristi aboga, entonces, por la construcción efectiva de las acciones desde el potencial de salud de cada persona, lo cual, hay que decirlo, aún es un tema pendiente en el proceso de la “revolución ciudadana”, el mismo que si bien ha hecho importantes avances en la prestación de los servicios médicos, enfrenta aún la ausencia de procesos consistentes en la promoción de la salud.

Es que, para profundizar los cambios, para radicalizarnos en salud, tenemos que modificar la mirada centrada en la enfermedad y apostar por que la revolución social opere *“como un vasto y profundo instrumento de salud”* pues *“por las mismas razones que la revolución produce la emancipación económica y desenajenación político-ideológica, desencadena también hondas modificaciones en las potencialidades de bienestar, vida y salud”*⁹.

Si conversáramos hoy con Edmundo, este sería uno de los nudos claves que deberíamos desatar:

tenemos el desafío de que el trabajo de democratizar el país permita que, efectivamente, el Estado garantice el derecho a la salud *“mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a los programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva”*¹⁰.

Es necesario decir, en este punto, que cuando se habla de la relación entre la salud y el desarrollo, no estamos asumiendo que la salud es producto de unos determinantes sociales que actúan aislados, de una especie de multicausalidad mecánica. Por el contrario, planteamos que existe una “determinación social de la salud”, que ese conjunto de políticas y de circunstancias actúan como un tejido complejo y con diversas ponderaciones en cada localidad.

Como diría Edgar Morin: *“El proceso salud-enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen, a los procesos psíquicos o biológicos.”*¹¹

Desde la comprensión de una compleja determinación de la salud, deberemos decir también que el modelo de desarrollo es parte de esa complejidad. Que no podremos modificar las condiciones de salud si no cambiamos el modelo de desarrollo que nos vendieron; que no podemos apostarle a la salud si confundimos bienestar

con consumo, si mantenemos la idea de una “modernidad” en la que *“el sujeto es absorbido por la sociedad, el mundo de la vida por el sistema, el saber por la ciencia, la ética por la moral”*.¹²

También tendremos que reivindicar que la participación social en salud se convierte por sí misma en un componente determinante en la condición de salud; que el comprometerse como “mediadores” y como “accionadores” es un compromiso ético que tiene efectos en la dialéctica de la salud y la enfermedad.

La participación en salud como proyecto ético

Ni la gratuidad en salud contenida en la Constitución ecuatoriana, ni la ley contra la violencia intrafamiliar, ni el Código de la Niñez y Adolescencia – por poner solo tres ejemplos – existirían, si no hubiese sido por la presencia y la acción de los movimientos de mujeres, de usuarios de los servicios o los activistas de los derechos de la niñez.

Ha sido su ejercicio militante el que permitió convertirlos en legislación. Su participación, su emergencia en el espacio público, permitieron estos avances, pero también solo su permanencia podrá ser garantía de que no se den retrocesos en el reconocimiento de derechos en el que hasta hoy hemos avanzado, y aún más, en profundizar en mayores derechos de los ya existentes.

La construcción del bien público – entendido como bien para todos - en el momento que vivi-

mos en América Latina y en el mundo, ha mostrado aristas que rasgan las seguridades anteriores sobre las que nos movíamos.

*“Hemos vivido dos siglos bajo el convencimiento de que la razón y el Estado nos entregarían la solución de todos nuestros problemas económicos, sociales o políticos. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, a través del cual nos sería posible organizar un centro o Estado, que fundamentado en el conocimiento científico, podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos y brindar la felicidad a todos.”*¹³

Los hechos muestran que esa mirada dejó por fuera la capacidad del ciudadano – sujeto generador de cambios – y, por lo tanto, fracturó a la sociedad. Un desafío central que tenemos en el país es construirnos como una nación *“capaz de responder proactiva y colectivamente a los desafíos que le presenta la historia”*.¹⁴ Una nación radicalmente democrática. Una nación donde la participación por demandar derechos supone corresponsabilidad y pleno ejercicio de deberes.

La participación es la apuesta ética para la construcción de esa nación radicalmente democrática, donde el ciudadano es *“una persona capaz, en cooperación con otros, de crear o transformar el orden social que ella misma quiere vivir, cumplir y proteger, para la dignidad de todos”*¹⁵. Entrados en el 2011, no se puede desconocer los avances que el Ecuador ha tenido en términos de participación ciudadana en la construcción de lo público, pero tampoco olvidar que hay mucho camino

7 La metáfora, un artificio frecuentemente usado por Edmundo para plantearnos imaginarios y contraposiciones.
8 Art. 32 de la Constitución Política del Ecuador aprobada en el 2008.
9 Granda E. Nicaragua: Revolución y Salud, op.cit.
10 Ibídem
11 Aguirre del Busto, Rosa. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad - Edgar Morin: sociólogo francés, Director emérito del CNIC de Francia.

12 Granda Edmundo. El sujeto, la ética y la salud. Ponencia presentada en la mesa redonda “El derecho a la salud. Estrategias y acciones: los actores sociales ante los nuevos escenarios”, en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Buenos Aires. Marzo 1997.
13 Idem
14 Toro, Bernardo. (2001). La comunicación y la movilización social en la construcción de bienes públicos. Bogotá, 2001.
15 Toro, Bernardo. Op. cit.

por recorrer para lograr mayor y más responsable participación del ciudadano

Y ahí se podría retomar la idea de Edmundo de que *“el principio moral en relación al nuevo ciudadano hace relación a la visualización conjunta de felicidad, libertad y abundancia, donde la felicidad, y la libertad no pueden quedar al margen de la propia realización del ser humano”* reivindicando también lo subjetivo en el ejercicio de lo ciudadano. Y, claro, en ese sentido Granda reivindicaría a Touraine para recordarnos que el bien público *“no se define por el consenso ni por la sola presencia participativa, sino por el respeto a las libertades y a la diversidad”*.

En un momento histórico donde se apuesta por transformaciones profundas, es necesario recordar que la participación que queremos alude a una disputa de poder, a una presencia proactiva de las demandas de los sectores “subalternos”, y a la reconstrucción del tejido social como la mayor riqueza de una sociedad. Tejido social que, para no ser instrumentado, requiere un permanente proceso de aprendizaje social.

Por cierto que la apuesta por mayor participación y democracia que queremos, debe tener fines concretos, como garantizar la dignidad humana, la gobernabilidad y el Estado social de derechos planteado en la Constitución Política, pero podría, en salud, ir más allá para *“comprender la forma cómo el individuo y los grupos constituyen su saber y conocimiento en salud a partir de sus experiencias individuales y particulares”*.¹⁶

Apostar a una participación permanente es consecuente con la comprensión de que *“Todo que lo hoy hacemos tiene una característica inacabada y temporal y no goza de la seguridad predictiva”*.¹⁷

Lo local como espacio emergente

El imaginario de lo “local” no tiene, en estricto, una única versión, ni una versión completa. Granda diría que se trata más de un relato, “que siempre será inacabado y parcial. Inacabado, porque el proceso sigue buscando sus derroteros; parcial porque es difícil interpretar cuáles son los aspectos más importantes y cuáles son secundarios, entonces se termina registrando los que supuestamente tienen más importancia para la comprensión de lo que se está haciendo”¹⁸; además, porque es contada por un actor individual que hace parte.

Lo local, entendido como el conjunto de sujetos sociales y de relaciones que se establecen en un territorio, se convirtió para quienes trabajamos salud pública con Edmundo, en una referencia básica para reflexionar sobre los problemas cotidianos, y, por lo mismo, en la posibilidad de una vinculación inmediata de lo territorial con las propuestas del bienestar y de lo que hoy llamaríamos como *buen vivir*.

Lo local nos permite asumir con mayor claridad la posibilidad de plantear el problema como “acontecimiento”, es decir, como un hecho que no está dado, que tiene presente pero supone un pasado, un futuro; como algo aparece siempre en un estado inacabado y, como tal, acepta la influencia de múltiples verdades sostenidas por diversos actores, que, a través de ellas, intentan constituirse en sujetos: si se logra que los actores individuales y sociales construyan democráticamente el problema, en esa construcción se constituyen en sujetos de la democracia.

Vale precisar también que por “lo local” no estamos suponiendo una apuesta “localista”; por el

contrario, tenemos claro que no se puede pensar lo local sin lo nacional, pero tampoco lo nacional sin las condiciones contextuales de lo local.

Si bien lo local nos permite poner barreras a respuestas homogeneizantes, para dar paso a análisis que reconocen las condiciones del contexto, no es menos cierto que, como diría Bauman, *“La mayoría de comunidades... están hechas a la medida de la época líquido/moderna: aún cuando su manera de reproducción sea territorial, son en realidad extraterritoriales (y tienden a ser más exitosas cuando menos dependen de las restricciones territoriales)”*.¹⁹

Dicho así, podría lo local en referencia al trabajo en salud pública significar el reconocimiento de al menos tres aspectos claves que permitan transformar la realidad: a) El alto potencial democratizador y constructor de valor público b) La posibilidad de tener un escenario para lograr salud desde la búsqueda del Sumak Kawsay y, c) El espacio para la coordinación y la construcción de tejido social.

El alto potencial democratizador se asienta en la posibilidad de trabajar desde la diversidad y reconocer a los espacios locales como escenario de encuentro y diálogo de intercambio de saberes, de energías, capaces de transformar la estructura política, social y cultural desde los diferentes. Donde se puede construir un sentido de vida desde la democracia asumida como una forma de ver el mundo; una forma de vivir. Herrera diría *“No se puede pensar en ser demócrata cuando no se ha experimentado el valor de la solidaridad, del altruismo, de la responsabilidad social, del espíritu*

cívico, del respeto por los bienes comunes y, ante todo, el respeto por la persona humana”.²⁰

Lo público es aquello que conviene a todos, de la misma manera, para su dignidad. Por lo tanto, lo público es más amplio y rebasa ampliamente lo estatal, sin que esto signifique desconocer que las instituciones públicas por excelencia deben ser el Estado y las leyes, precisamente porque la fortaleza de lo público proviene de su capacidad de sintetizar y representar los intereses, contradictorios o no, de todos los sectores de la sociedad.

La construcción social de lo público requiere pasar del lenguaje privado al lenguaje colectivo, de los bienes privados a los bienes colectivos, de las perspectivas privadas o corporativas a las perspectivas de nación y colectivas. Requiere desarrollar en los ciudadanos formas democráticas de pensar, sentir y actuar; esto es lo que se conoce como “cultura democrática”²¹.

En la apuesta por lo local está también la utopía por la integralidad humana en la salud, en hacer de la salud una “forma de andar por la vida”²²; de que la acción de salud no se limite a los servicios de curación: algo parecido a la concepción aristotélica del Vivir Bien, donde el fin último del ser humano es la felicidad, que se alcanza en una “polis feliz”: es decir, solamente la felicidad de todos es la felicidad de cada uno²³.

El quehacer en salud pública en lo local se convierte, entonces, en una apuesta por la promoción de la vida en tanto una nueva forma de relación con la naturaleza, con los demás y con

16 Granda Edmundo – “El sujeto, la ética y la salud”

17 Idem

18 Granda Edmundo – Ponencia presentada en el 50 Congreso Internacional de Americanistas, Varsovia. Julio 2000

19 Bauman, Zygmunt. (2008). *Modernidad Líquida* 1ed. 9 reimp. Buenos Aires.

20 Herrera, Daniel. La democracia: una verdad y un valor éticos en construcción, citado por Bernardo Toro

21 Toro, Bernardo; Rodríguez, Martha. (2001). *La comunicación y la movilización social en la construcción de bienes públicos*. Bogotá.

22 Como definía Canguilhem a la salud.

23 Larrea, Ana María. (2010). La disputa de los sentidos por el buen vivir en “Socialismo y Sumak - kawsay”. Quito.

uno mismo, en tanto un accionar por ambientes sanos para la convivencia. Y eso es volver a las fuentes de la medicina social, a reconocer que debemos actuar sobre el complejo entramado de la determinación social de la salud, comprometiéndonos con la construcción de políticas públicas saludables.

En lo local hay que luchar por el avance de identidades individuales y grupales, pero, al mismo tiempo, procurar las maneras de interrelacionar dichas individualidades y particularidades. En otras palabras, requerimos conformar nuestro cuerpo subjetivo y nuestra corporeidad objetiva, orgánica e inorgánica.

En palabras del Edmundo, “Siempre tuvimos dos cuerpos, uno que está por dentro de nuestra piel y otro, por fuera del mismo, y ambos son fundamentales para la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Es por esto que la acción en salud pública no puede quedar como una labor

únicamente administrativa sobre los cuerpos individuales y particulares creativos y libres, sino que también requiere apuntalar la construcción de nuestra corporeidad inorgánica que se hace presente como lo público”.²⁴ y por lo tanto insistiría: en lo local es posible que el hombre ponga los fines y que la ciencia tan solo ponga los medios.

Solo así la acción de salud pública puede responder a la enorme oportunidad y a la vez enorme desafío que es concertar y construir tejido social, donde, desde una política “saludable” basada en el plano comunicacional entre los hombres y mujeres, viejos y niños que departen con miras al entendimiento, transformen la realidad, y que en esa propia comunicación constituyen poderes en tanto interrelacionen voluntades.

Diría el Edmundo: “Capaz que así nos damos cuenta que no vamos a conseguir salud solo restando enfermedad”.

Bibliografía

- Granda, Edmundo. Globalización y Reforma sanitaria. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre del 2009.
- Granda, Edmundo. Algunas reflexiones sobre la concretización y contextualidad de la realidad en la investigación-acción en salud colectiva. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre del 2009
- Granda, Edmundo. Investigación y salud pública: una mirada hacia el futuro. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre del 2009
- Granda, Edmundo. “Globalización de los riesgos en salud” – Conferencia presentada en el IV Congreso internacional de salud pública “Globalización, Estado y Salud”. Universidad de Antioquia, noviembre 10, 11 y 12 de 2005. Colombia.
- Granda, Edmundo y un colectivo nicaragüense (1987). Nicaragua: Revolución y Salud.
- Granda, Edmundo “El sujeto, la ética y la salud”. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo 2009. Quito.
- Granda, Edmundo. Algunas reflexiones sobre descentralización y desconcentración del sistema nacional de salud. Ecuador, marzo de 1998.
- Granda, Edmundo. Globalización Estado y salud. Noviembre 2005. IV Congreso internacional de salud pública “Globalización, Estado y salud”. Colombia.

Otros textos

- Sonia Fleury Universalidad o focalización: dilema de Estados sin ciudadanos
- Oliva López y colaboradores Descentralización y paquetes básicos de salud. ¿Nuevas propuestas excluyentes?
- Aguirre del Busto, Rosa. “Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad”
- Toro, Bernardo. “La comunicación y la movilización social en la construcción de bienes públicos”. Bogotá, 2001.
- Bauman, Zygmunt (2008). “Modernidad Líquida” 1ed. 9 reimp. Buenos Aires.
- Toro, Bernardo y Rodríguez, Martha. La comunicación y la movilización social en la construcción de bienes públicos, Bogotá.

24 Granda Edmundo. “Globalización y reforma sanitaria”. Ponencia presentada en Cuenca, febrero de 1998.

Artículo 8

Investigación en salud pública: una propuesta alter(n)ativa¹

Ketty Vivanco Criollo, Rosa Rojas Flores²

Uno de los procesos más importantes de la vida académica es, sin duda, la investigación. Sobre éste pusimos mucha atención e interés, quienes integramos, entre 1996 y 2005, el equipo académico de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja-Ecuador. Edmundo Granda, integrante co-fundante e inherente a él, estuvo siempre co-impulsando la reflexión, sobre la poca eficacia de los resultados de la investigación clásica en salud pública, en nuestro país y en Latinoamérica. Revisamos, analizamos, criticamos, reflexionamos y, por fin, acordamos que la investigación para el proceso de formación de salubristas, debía ser diferente... “¡Trabajemos con lo mismo, pero de manera diferente!” era su expresión reiterada cuando iniciábamos la conversación sobre esta práctica social, y por ahí caminamos.

Una reflexión inicial

La investigación científica, proceso constituido con preeminencia en la etapa moderna, se ha basado esencialmente en el marco de los paradigmas racionalista y empirista, aunque su origen

se remonte a la cultura del mundo grecorromano. Desde estos enfoques se ha privilegiado la observación y experimentación como los principales mecanismos de indagación y construcción del conocimiento científico, el que se ha legitimado con propósitos claros de constituirse en la única forma de conocer, por lo que solo aquello demostrable objetiva y cuantitativamente, accede a la categoría de ciencia. Ciencia que, desde su construcción lógico-formal ha posibilitado alcanzar diversos niveles de concreción y aplicación tecnológica, en el campo de lo natural como de lo social, y que, si bien ha generado progreso en algunos sectores sociales del mundo, en cambio también, su invariable aporte está contribuyendo al desarrollo inequitativo y polarizado en lo económico/social, lo cultural, e incluso lo cotidiano de la humanidad, así como a daños ecológicos de dimensión planetaria, guerras fratricidas, individualismo y exclusión.

Son expresiones concretas de aquello el desarrollo de la electrónica, la cibernética, la telemática, así como las telecomunicaciones y la ingeniería genética, entre otras; en donde las evidencias,

- 1 Propuesta consensuada y construida en el contexto del desarrollo curricular de la Maestría en Salud Pública en la Universidad Nacional de Loja, período 1996-2005, período en el que Edmundo Granda Ugalde, como docente asociado de nuestra institución, fue parte del equipo académico de estudio, discusión y trabajo académico. Revisada y actualizada en enero de 2011.
- 2 **Ketty Vivanco Criollo.** Ecuatoriana. Licenciada en Ciencias de la Educación. Magíster en Investigación y Docencia, Asesora Académica del Nivel de Posgrado del Área de la Salud de la UNL. Docente-Investigadora del Área de la Salud Humana de la UNL. Investigadora del Proyecto “Recuperación Histórica del Patrimonio Cultural de Salud en la Región Sur del Ecuador y Norte del Perú”. **Rosa Rojas Flores.** Ecuatoriana. Licenciada en Enfermería. Magíster en Salud Pública. Magíster en Estudios de la Cultura. Docente-Investigadora del Área de la Salud Humana de la UNL. Investigadora Principal del Proyecto “Recuperación Histórica del Patrimonio Cultural de Salud en la Región Sur del Ecuador y Norte del Perú”.

solo a través de indicadores cuantitativos, hacen que la investigación científica, pese a toda su capacidad demostrativo-objetiva, no dé cuenta de la dinámica sociocultural, política, ambiental, antropológica, etnográfica, ancestral y de la cotidianidad, que se *juega* en los procesos de producción de la ciencia y la tecnología. Por tanto, es preciso e importante incorporar también otras metódicas que, al establecer contactos más directos, humano-sociales y relacionales, referidos en la investigación cualitativa, posibiliten lograr mejores explicaciones de los procesos que re-emergen continuamente en el mundo de la vida, con posibilidad de promover una mejor aprehensión/compreensión de las problemáticas que allí se constituyen.

Se hace necesaria, entonces, una reflexión profunda en torno al tipo y la forma de investigación científica hasta hoy concebida y desarrollada en la universidad latinoamericana y ecuatoriana en particular. En este afán, la Universidad Nacional de Loja ha propiciado espacios de reflexión e intentos de deconfiguración de lo hasta aquí hecho en el ámbito de la investigación en salud, intentando constituir una alternativa que busca reorientar el proceso onto/epistemológico, teórico-cultural y metódico de la investigación. Así surge el planteamiento de (re)configurar una Investigación Alter(n)ativa³, en un intento de mostrar una nueva visión de la investigación en salud, la integración de la complejidad de las realidades naturales y sociales en las que vivimos, que dé cuenta de la unicidad de lo cualita-

tivo y lo cuantitativo en el cosmos, recuperando las diferentes metodologías exclusivamente cuantitativas y estrictamente cualitativas, y fusionándolas en una propuesta denominada Integral, bosquejo que expresa estas dimensiones en todo el accionar humano-social, en forma imbricada. Sería entonces posible hablar de procesos investigativos diversos, que incorporen el uso de una metódica profunda y transversal, y de diferentes metodologías (cualitativas y cuantitativas) según las problemáticas construidas, antes que de varios modelos de investigación en salud pública, como tradicionalmente se los conoce, puesto que, como sostiene Granda: “*La salud pública podrá ganar efectividad en la medida en que sea no solamente un producto científico, sino un producto de la objetivación humana, pero al mismo tiempo apoye la propia subjetivación individual, social y espacial*”⁴.

Sin que lo dicho sea definitivo, y conscientes de que estamos iniciando, desde nuestra universidad, un proceso de ruptura con los paradigmas clásicos de investigación en salud, pasamos a plantear lo que llamamos una propuesta alter(n)ativa para investigar, durante los procesos de formación de salubristas. Proponemos cuatro momentos, los cuales no son secuenciales, pero exigen ciertas acciones privilegiadas en cada uno, con la lógica que presentamos.

Un proyecto de investigación prevé un proceso -en espacio/tiempo- a seguirse para indagar, buscar, inquirir, sondear, informarse, averiguar,

implicar, a partir de una red de conversaciones específicas, aquello que no se (re)conoce, y que nos interesa, (re)conocer. Su importancia radica en que nos posibilita trabajar las incertidumbres del problema delimitado y construido de manera planificada, organizada y sistemática.

Primer momento: la problematización

Este momento propone estar interactuando, desde el accionar, en un campo problemático que se quiera investigar, en el marco de la coparticipación con varios actores sociales que reconocen una problemática común y sienten la necesidad de profundizar en el conocimiento de un problema concreto que limita el desarrollo humano, social, institucional, personal, y la necesidad de construir soluciones aun en el plano de la temporalidad. Se trata, entonces, de asumir que el problema de investigación no está en nuestro intelecto, no es arbitrario, sino que pertenece a las realidades que estamos construyendo y en las cuales estamos involucrados e involucradas, problematizándolas.

La problematización es el proceso intencionado que conlleva a construir y delimitar, al sujeto colectivo investigador, el problema de investigación a partir de la observación empírica de la cotidianidad y la lectura crítica en la realidad integral en la que se inserta; esto es, hacer una lectura de su unicidad y diversidad cultural y encontrar lo que cotidianamente no se ve en dicha realidad, es decir la expresión concreta del problema en la realidad, su ubicación, componentes, movimiento, direccionalidad, interacciones, de modo que ello posibilite una comprensión cabal (parcial y temporalmente) de qué queremos investigar. En este proceso, el enfoque investigativo juega un papel básico.

En esta perspectiva, para construir y delimitar el problema que se va a investigar, es necesario partir de un análisis crítico en la realidad global

del servicio o institución en donde se labora, o de la comunidad a la que se pertenece, para detectar en ella los elementos a indagar.

Para ello, una condición es concienciar las perturbaciones (o gatillos) que devienen de las realidades susceptibles de investigación, para lo cual se puede:

1. *Observar*, hacer una lectura crítico/reflexiva, esto es, organizar internamente la información aceptada y, rescatar para la problematización lo más relevante.
2. *Retomar*, todos los diagnósticos que se hayan construido sobre la problemática de la salud en las organizaciones, instituciones o comunidad, así como la bibliografía que ayude en una visibilización de la misma, recordando que la problematización debe estar argumentada teórica y empíricamente.
3. *Decodificar*, descomponer, analizar los aspectos potenciales y los limitantes que pueden ser problemas de las realidades en salud pública y formular la pregunta de investigación (el problema).
4. *Construir* principios explicativos teóricamente, en una nueva interacción: las interrelaciones que se observan entre los aspectos potenciadores, entre los limitantes y, entre ambos, del accionar en salud pública.
5. *Recuperar* el proceso de priorización de los problemas más incisivos en las realidades en salud pública, determinar sus movimientos, direccionalidades, intencionalidades, interacciones con otros campos y su fundamentación científico-tecnológica, cultural y ecosistémica; y, explicarlos, hablar de ellos en forma clara y comprensible.
6. *Reformular la problematización*, reescribirla profundizando en ella mediante un discurso claro, coherente y científico, señalando las fuentes de donde se obtuvo la información. Esto es el uso del aparato crítico y otras fuentes de información o explicación.

3 Estamos llamando Alter(n)ativa a una propuesta que, siendo diferente, altere, trastoque, (con) mueva la propuesta occidental de investigación como metodología lineal basada en la lógica instrumental medio-fin. Intentamos ver a la investigación como una Metódica que se enmarca en una lógica recursiva particular y aún específica para cada proceso a investigar (con un desarrollo espiral), que integra lo cualitativo y lo cuantitativo, lo histórico y lo presente, lo natural y lo relacional, en un encadenamiento sin fin interpretativo-comprensivo-explicativo del proceso y/o cosa que se investiga.

4 Granda, Edmundo. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Ponencia sustentada en el V Congreso Internacional de Salud Pública “Salud, Ambiente y Desarrollo: Un Reencuentro con los Temas Fundamentales de la Salud Pública”, noviembre de 2007. En Edmundo Granda Ugalde: La Salud y la Vida, Quito, 2009, Pág. 200

La delimitación-construcción del problema de investigación

Este proceso deviene del campo problemático de la investigación; aquí se afina el problema, se lo reconstruye, se lo enuncia. Para ello, sugerimos:

1. Revisar críticamente la problematización de las realidades en salud pública en forma continua y conforme al movimiento del problema mientras se lo indaga, para progresivamente enriquecer la interpretación y el análisis del mismo.
2. Abstractar, de la complejidad de esta problemática, el problema, cuya solución, reforma o transformación sea de prioridad del servicio, institución y/o comunidad.
3. Delimitar lo que se va a investigar con precisión y sustento teórico, de tal manera que se pueda observar las características del problema de investigación delimitado. En este sentido, es útil contestar con precisión estas preguntas: ¿Qué no se conoce a profundidad de esta problemática? ¿Dónde se ubica el problema de investigación? ¿Qué se va a investigar? Y ¿Hasta dónde, teórica y culturalmente, se va a investigar el problema?
4. Sistematizar fundamentadamente el problema de investigación, acudiendo a los referentes teóricos que mejor lo expliquen.
5. Redactar el problema de investigación en un enunciado que tenga pertinencia y lógica del manejo teórico y cultural, y claridad en su configuración. Esto es, redactar su enunciado específico, de manera que este represente una gran hipótesis de trabajo.

La justificación

Como parte de la problematización, y luego de una cabal comprensión -inicial, parcial y temporal- del problema de investigación, el sujeto colectivo investigador redacta la justificación, la que intenta probar qué importancia tiene indagar el problema que ha delimitado, para lo cual construye los argumentos y razonamientos, y crea los alegatos y evidencias que demuestran el

interés social y/o comunitario sobre la realización del proceso.

Para concretar y plantear la justificación, es necesario reflexionar: ¿Por qué es importante el problema a investigar? ¿Por qué investigar este y no otro problema? ¿A quiénes servirán los resultados de esta investigación? Y, fundamentalmente: ¿Qué aspectos básicos del problema pretende resolver la investigación?

Planteamiento de propósitos, objetivos, finalidades

El propósito, objetivo o finalidad de una investigación, tiene un profundo contenido político, por cuanto expresa la direccionalidad de la misma, el posicionamiento sujeto colectivo investigador; en él se integran los enfoques epistemológico, filosófico, psicológico, sociológico y cultural que tienen o asumen desde sus propias concepciones, percepciones y valoraciones, durante todo el proceso. Por lo tanto, no son simples enunciados operativos, sino posibilidades lo más aproximadas a la verdad (una verdad), de lo que se pretende hacer en la investigación; y, es también el “para qué” se quiere investigar.

Aunque existen muchas maneras de formular propósitos, finalidades u objetivos para el proyecto de investigación, creemos que éstos deben expresar claramente el problema en su delimitación concreta, por lo que deben ser claros, precisos y, principalmente, comprensibles. Para lograrlo sugerimos:

1. Formularlos analizando posibles respuestas a las siguientes preguntas: ¿En qué marco epistemológico-teórico estamos ubicados (qué enfoque)? ¿Qué metodología vamos a desarrollar? ¿Qué actividades específicas se van a realizar con motivo de la investigación? y ¿Para qué se va a realizar la investigación?
2. En esta propuesta, no es condición *sine qua non* que los propósitos, finalidades u objetivos se planteen utilizando al inicio verbos en infinitivo, sino que posibiliten una visión

completa de lo que se persigue con el proyecto de investigación.

Segundo momento: interpretación, comprensión y explicación

En este momento debemos delimitar lo que vemos en nuestras realidades y desde nuestro accionar en salud pública; qué conocemos de ellas tanto desde lo científico-técnico (conocimiento científico) como desde lo cotidiano (saber popular); qué se ha construido teóricamente y requerimos traer para hacer lecturas más profundas sobre lo que queremos investigar. Aquí demarcamos los elementos que nos permiten hacer interpretaciones, lograr comprensiones y hacer explicaciones sobre el problema de investigación.

Delimitación-construcción de un marco significativo

La delimitación implica lo teórico, lo cultural y lo cotidiano del problema de investigación. Este planteamiento requiere que las delimitaciones consideren los diversos campos disciplinarios que explican el problema. Los campos teóricos y culturales delimitados deben explicarse en síntesis coherentes con el problema de salud pública. No se requiere de transcripciones bibliográficas, sino de comprensiones, recordando que este proceso será siempre inacabado; por tanto, durante el desarrollo de la investigación surgirán nuevas necesidades de teorizaciones y explicaciones que deberán ser incorporadas.

Este es el proceso de aproximación teórica, cultural y empírica al objeto de investigación, con la finalidad de profundizar y ampliar la comprensión-explicación del mismo. Para ello, se delimitara qué tipo de teorías científicas y tecnológicas contribuyen en la explicación del objeto concreto; y, además, qué tipo de prácticas y saberes, valores, hábitos, creencias y costumbres -campo cultural- se están dando en el proceso del problema y es necesario retomar, construir,

reconstruir y/o rescatar. Esto constituye una aproximación más profunda a la fundamentación teórica y al campo cultural, que permite abordar el problema de investigación para contribuir a su transformación.

Consecuentemente, se requiere:

1. Indagar diversas fuentes bibliográficas, documentales, hemerotecas, iconotecas, y otras, y también los elementos culturales que están dándose en el problema. Escribir una síntesis de sus contenidos, que contenga una visión global de los conceptos, enfoques, principios, prácticas y funciones de la salud pública y del objeto concreto de estudio en su campo.
2. Destacar en la síntesis el enfoque que el sujeto colectivo investigador asume en relación con la problematización y los objetivos de la investigación, así como las categorías reales y conceptuales fundamentales que se relacionan con el problema.
3. Reformular la síntesis tratando de que en ella, de manera clara, se explique desde qué enfoque se va a interactuar en el problema de investigación, y cuáles son las categorías reales y conceptuales fundamentales que se requieren como sustento, así como las relaciones, multideterminaciones y sobredeterminaciones que existen entre ellas, y las posibilidades para su ulterior desarrollo.
4. Incorporar a la síntesis, de manera articulada y clara, el análisis de la expresión de los elementos teóricos en la realidad del sector al cual se pertenece. Se trata de recuperar las experiencias que se ha vivido y se conoce sobre el ámbito de la salud pública que se va a investigar.

Tercer momento: la planeación de la investigación

Este momento incluye varios procesos de abstracción, organización y planificación para la ejecución de la investigación en salud pública,

los mismos que devienen del enfoque asumido y la naturaleza del problema. He aquí su definición.

La metódica como etapa intermedia de la investigación, dado que la atraviesa desde el momento inicial hasta su conclusión, en cualquiera de los diseños asumidos, no debe formularse independiente del problema a investigar, sino en estricta coherencia con su naturaleza.

Este momento se desarrolla conjuntamente con el de problematización y recorre el de interpretación/comprensión/explicación y el de ejecución/comunicación. No puede ser de otra manera, pues, desde que pensamos en un campo problemático, ya realizamos una primera delimitación del problema concreto y pensado. También hacemos priorizaciones para indagar más profundamente en él, e inmediatamente relacionamos a los sujetos que interactuamos en el problema, esto es: estamos inmersos en su campo teórico, metódico, cultural.

Como momento permanente de todo el accionar investigativo, implica: la delimitación teórica, cultural y cotidiana que hagamos; quiénes y cómo delimitamos a los actores; cómo y con qué interactuamos; qué preguntamos, cómo preguntamos, qué recuperamos de la información; etc. Es decir, tiene que ver con aquello que está en nosotros, que deviene, permanece y continuará. La delimitación de los actores sociales que interactuamos en el problema delimitado implica la selección del o los grupos humanos, según el interés y alcance de la investigación, que aporten con información de calidad; define para ello el contexto social, político, económico, cultural y geográfico de interés, así como el grupo etario, procedencia, ocupación, escolaridad, sexo, etc. de donde provengan dichos informantes.

La delimitación/construcción de categorías de análisis, con sus correspondientes criterios e indicadores pertinentes con las realidades que se investigan: se refiere a la delimitación y defini-

ción de la base epistemológica, teórica, cultural y cotidiana que será el ámbito referencial que posibilitará las interpretaciones, comprensiones y explicaciones de los conocimientos investigados.

Entendemos las categorías de análisis, como lo hace De Alba, A., como herramientas conceptuales que permiten leer o interpretar el conjunto de aspectos articulados de las realidades que hemos delimitado (lo social, político, cultural y ecosistémico), en un proceso intersubjetivo. Esto implica un momento de cierre inicial conceptual o teórico en el proceso de investigación, y se caracteriza por estar expuesto a constantes reformulaciones conceptuales, impuestas por la misma lógica de articulación del problema, por la carencia y limitaciones de las teorías para explicarlo, y también por la riqueza de las dimensiones y movimientos de las realidades que parcialmente contiene en el problema investigado, en el proceso de observarlas, interpretarlas y comprenderlas.

Las categorías de análisis implican, para su construcción, un esfuerzo conceptual y teórico dinámico y se expresan como un conjunto de enunciados sintéticos que contienen, en forma integrada, una fuerte carga conceptual y teórica y los aspectos de las realidades delimitados en la problematización.

La metodología, como momento temporal y/o circunstancial, es requerido de acuerdo a cómo y con qué se va a indagar y buscar los conocimientos, saberes, elementos, factores, dimensiones, relaciones que están constituyendo el problema en investigación. En este espacio/tiempo, su especificidad daría la pauta para la utilización de metodologías acordes con la problemática motivo de investigación, y, por otra parte, de acuerdo al interés del sujeto colectivo investigador.

En la selección de procedimientos y técnicas cualitativas y cuantitativas, son especialmente importantes aquellas que mayor aporte ofrecen

a la investigación: entrevistas a profundidad, grupos focales, historias de vida, conversaciones, observación, encuestas, experimentos de laboratorio, grupos de control, estudio de casos. Para ello se requiere la construcción de Indicadores cualitativos y cuantitativos, que permitan encontrar lo que estamos indagando, buscando, y explicarnos las realidades y procesos concretos investigados.

El diseño y validación de instrumentos que, de acuerdo al procedimiento y/o la técnica seleccionada para encontrar la información que se busca, se crea: guías semiestructuradas para entrevista a profundidad, grupo focal, grupo nominal; guía o lista de chequeo para observación directa y participante; programa de taller, panel, foro o mesa redonda; cuestionario para encuesta; procedimiento y formulario de registro de datos para experimento, otros.

Además, se puede prever momentos que hagan de la investigación un proceso más dinámico: socializar resultados parciales, discutir la necesidad de innovar técnicas, incorporar otros actores sociales, etc.

Procesamiento, análisis e interpretación de información cualitativa

Dado que la investigación cuantitativa ocupa un vasto tiempo, espacio y número de investigadores e investigadoras que hacen planteamientos sobre cada uno de sus aspectos, en este artículo planteamos algunas consideraciones sobre el procesamiento, análisis e interpretación de la información cualitativa.

La historicidad de las ciencias muestra a Platón como precursor de actitudes precuantitativas por su perspectiva científico-positivista, en tanto que Aristóteles sería el precursor de lo cualitativo por su apego a lo sensible de la naturaleza. Pero, aún antes que ellos, los primeros habitantes del mundo se distinguieron por la manifestación de su emocionalidad antes que su

racionalidad, por lo que se puede sostener que las cualidades están, en tiempo y espacio, integradas a las cantidades, y, ya en nuestra etapa moderna, incluso hay suficientes evidencias de que el énfasis en lo cualitativo precede históricamente al énfasis en lo cuantitativo en todos los campos de la ciencia y la cultura, pero sobre todo en las ciencias que estudian al ser humano en su integralidad, sus formas de vida, su conducta, esto es, en el grupo de disciplinas que se conocen como ciencias humanas o ciencias sociales.

Entonces, a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica y de nuestra experiencia en este campo, hacemos algunas reflexiones que implican procesar y analizar información cualitativa, así como algunas técnicas que son de uso frecuente, como una expresión de complementariedad al uso de metodologías cuantitativas en la explicación de los fenómenos sociales.

Conceptualmente, procesar datos cualitativos significa: desagregar, simplificar, sintetizar y organizar un contenido para facilitar el análisis y con ello procurar su interpretación y comprensión cualitativa del proceso indagado. Como punto de partida, es más factible emprender en el procesamiento si tenemos claridad en cuanto a las Categorías de análisis/Interpretación, motivo de la investigación: sus delimitaciones -alcances y limitaciones- y conceptualizaciones, a cuyo acuerdo previamente llega el sujeto colectivo investigador; solo entonces es posible ubicar las opiniones transcritas, en los criterios de las respectivas categorías, según corresponda.

El análisis de datos cualitativos, es un proceso de la metódica de investigación que parte de validar el lenguaje y los imaginarios de las poblaciones, como condición fundante de interacciones humanas, que se modifican según el “gatilleo” de las circunstancias sociales, culturales, políticas, ecosistémicas, educativas y económicas que vivimos en la cotidianidad. Este proceso se sustenta en la posibilidad de lograr

complejas elaboraciones conceptuales y profundas interpretaciones, incorporando los diversos y hasta conflictivos puntos de vista que se producen en cada proceso investigado, mucho más, considerando que *“tendemos a vivir un mundo de certidumbres, de solidez perceptual indisputada, donde nuestras convicciones prueban que las cosas solo son de la manera que las vemos y lo que nos parece cierto no puede tener otra alternativa”*⁵, situación que motiva la necesidad de un conocimiento básico sobre las lógicas que orientan esas prácticas, interpretaciones e imaginarios de las personas que se expresan en testimonios de sus propias vivencias.

El método en mención, toma del análisis de contenido, algunas técnicas de codificación de categorías y criterios para disminuir la complejidad de los conceptos y opiniones y hacer operativo el proceso; así, se puede utilizar códigos, matrices, esquemas, mapas y otros gráficos que ayuden en ese propósito. El proceso exige que, la descripción que se logra de las realidades en un primer momento, sea sometido a reflexión constante en el marco de los apoyos teóricos y culturales previamente revisados, acumulados, recreados y estudiados, sin descuidar la potencialidad que esta metódica ofrece, relacionada con construcciones propias como producto de la misma investigación y que la enriquece; es decir, lograr formalizaciones, considerando que: *“formalizar es enunciar y argumentar las decisiones conceptuales y metodológicas, decisiones que son siempre locales, parciales, temporales y, en última instancia, arbitrarias”*⁶. Ello muestra que los resultados de este tipo de investigación tienen carácter aplicable solo a su contexto particular, son parciales y por tanto requerirán ser complementados en

momentos posteriores, son temporales y por ello deben ser profundizados y explicados con mayor argumentación teórica y cultural cuando la problemática que ahora los suscita se vaya modificando.

En el procesamiento de los textos transcritos, hay que diferenciar con suficiente claridad el nivel que separa y aproxima a las fases de descripción e interpretación, así como también la presencia de algunos resultados que, no habiendo sido previstos, sin embargo surgen y son pertinentes por lo que ameritan ser incorporados; en otro caso y tal vez de mayor complejidad, constituye la identificación de nuevas unidades de análisis: puesto que, definiciones a última hora pueden constituir alteraciones arbitrarias igual que, como señala Orlando Mella, *“cambiar los criterios en el curso de la investigación, implica poner en cuestión todas la decisiones previas que nos llevaron al punto en el que nos encontramos”* (Mella, 2003) y por lo tanto, el riesgo de caer en un error bastante típico en esta metodología de interpretación/análisis de textos transcritos, que tiende a hacer comparaciones entre unidades que no son comparables o entre criterios que no estuvieron previstos desde la problematización y que incluso refutan nuestras premisas.

El análisis puede hacerse de manera intelectual-artesanal, para lo cual se requiere una intensa capacidad de lectura crítica, de “ver” a través de los ojos de otros y, de distinguir las disfunciones de segundo orden en las prácticas, categorías conceptuales y discursos. En la actualidad se incorpora al análisis de datos cualitativos, las técnicas informáticas como el ATLAS TI, SPSS, entre otras.

La interpretación en la investigación cualitativa

La interpretación, es un proceso individual de percepción-aprehensión-comprensión-explicación de una acción, un decir, un suceso o una cosa a partir del “gatilleo” que capta el ser humano de su entorno, desde su posición de observador/observado (Maturana, 2003); esto es concebir, organizar o expresar de un modo personal las realidades en las que estamos inmersos los seres humanos. También consiste en explicar o declarar, en forma personal, el sentido de algo y principalmente el de un texto.

En todo caso, la interpretación es un proceso que está directamente incidido por la historicidad, la eticidad, la cultura y el conocimiento que tenga quien la ejecuta, puesto que *“los seres vivos no pueden ser instruidos por el medio, sino que únicamente éste “gatilla” las respuestas del primero”*⁷. Este proceso aunque es continuo, tiene sus momentos de intensidad máxima, cuando se quiere hacer interpretaciones teóricas, históricas, culturales, políticas de textos y contextos.

Cuando el centro de la investigación cualitativa es la historia misma en sus significados estructurales, los recursos para el estudio, la interpretación, el análisis y, por ende, la producción de conocimientos, no se puede prescindir de una aproximación hermenéutica a las realidades. *“La hermenéutica, entendida como práctica de comprensión, interpretación y aplicación, es un modo general de investigar. Dentro de este marco, se podrá recurrir a enfatizar un procedimiento sobre los otros o se podrán poner en ejercicio varios de ellos”* (Weiss, 1986).

Nivel operativo de análisis/interpretación de la información cualitativa

Conscientes de los posibles riesgos que tiene la incidencia de la subjetividad de investigadoras e investigadores y con actitud ética para superarlos con criterio y rigor científico y cultural, detallamos algunos momentos o fases relevantes del momento amplio de procesamiento y que permiten concretar el nivel de descripción de la observación realizada, sin descartar todas las posibilidades de otros períodos que en cada caso se producen, en correspondencia con el problema de investigación.

- a) *Periodo de transcripción:* se refiere al proceso de vaciar en forma textual la información recuperada, a partir de los medios que utilizamos para obtenerla y que pueden ser manuales o tecnológicos. En este momento se debe organizar los datos cualitativos: grabación, rotulación, compilación, transcripción, creación de una base de datos, otros, como también la tabulación manual de la información. Aquí se debe excluir toda posibilidad de intervención de quien transcribe en las palabras dichas o escritas de las personas investigadas, por lo que se recomienda que la transcripción la realice quien hace la entrevista.
- b) *Periodo de lectura del texto transcrito:* tiene que ver con la ejecución de tantas lecturas cuantas sean necesarias para comprender lo que la gente expresa y proceder a realizar segmentaciones, crear vínculos hipertextuales y agrupaciones según categorías y/o criterios de análisis.

5 Maturana, Humberto y Varela, Francisco (2003). *El árbol del conocimiento: De las bases biológicas del entendimiento humano*, 1ª Edición, Coedición de Editorial Universitaria y Editorial LUMEN, Buenos Aires. pág. 5.

6 Armony, Víctor (1997). *Análisis de Datos Cualitativos en Ciencias Sociales: Nuevos Enfoques y Herramientas*, Buenos Aires. pág. 2-7.

7 Granda, Edmundo (2009). *Integralidad y Vida*, en Edmundo Granda Ugalde: *La Salud y la Vida*, Quito. Pág. 159

- c) *Período de codificación*: puesto que la calidad de la información recogida puede ser diversa según se trate de datos narrativos, discursivos, documentales, iconográficos, o del registro de observación directa, siempre tiene que ver con la posibilidad de utilizar variados códigos, que pueden ser: números, letras, siglas, palabras iniciales, frases o segmentos del texto, creando un proceso interactivo que facilita luego el momento de interpretación de los datos textuales, porque relaciona los diversos elementos: indicadores, criterios y categorías que componen el texto.
- d) *Período de representación*: tiene que ver con la inclusión de la información codificada o seleccionada en herramientas concretas que pueden variar desde matrices o esquemas conceptuales, hasta mapas, gráficos, flujogramas, diagramas, etc. según el carácter de la investigación; éste es un momento más, que da paso al ingenio del sujeto colectivo investigador, puesto que, si bien podemos aquí exponer algunas formas de hacerlo, sin embargo, queda a su criterio la posibilidad de representar la información.
- e) *Período de integración y construcción de resultados*: “se refiere a la generación de los resultados propiamente dichos, o sea los conjuntos de enunciados que responden a un patrón de búsqueda determinado, de tablas de frecuencias, de indicadores estadísticos, de segmentos textuales seleccionados en función de algún criterio formal o interpretativo, de léxicos parciales o generales, de diagramas que expresan y facilitan la visualización de relaciones, contrastes, distancias, redes, tendencias”⁸; estos resultados son agrupados -según categoría y criterios, o cualquier otra nomenclatura- considerando la fuente de información de donde proceden.

Este período es el más importante del proceso de análisis e interpretación de la información, puesto que en él entran en juego los conocimientos consensuados del equipo de investigación a partir de la delimitación teórica y cultural realizada en el proyecto de investigación. Además, entra en juego toda la información que va generándose durante el momento de observación y aplicación de las técnicas cualitativas -y cuantitativas-; así como el enfoque ontológico, filosófico y epistemológico del equipo de trabajo. Es el momento de teorización y construcción del informe de investigación

f) *Período de interconexión tecnológica*: finalmente, la escuela norteamericana de Investigación Cualitativa (Chicago 1905), plantea este quinto momento o fase; para lo cual ha diseñado algunos paquetes informáticos “que dan lugar a intercambios entre diferentes sistemas de análisis textual o de otra índole porque maximiza la posibilidad de examinar, comunicar, enseñar, criticar, comparar, acumular, transponer y adaptar las diferentes maneras concretas de trabajar lo textual”⁹; cuya tendencia es lograr la articulación de diferentes “cajas de herramientas” teóricas y técnicas que quien investiga selecciona y combina según las necesidades particulares de su proyecto y, de su posición filosófica frente al problema que investiga y a la investigación cualitativa, que hace posible una selección de referentes teóricos y metodológicos coherentes con ella.

Cuarto momento: ejecución y socialización de la investigación

Dando continuidad al trabajo iniciado en el proyecto, se pone en marcha las actividades previs-

tas para indagar, analizar, decodificar, deconstruir el problema y lograr entenderlo integralmente, esto es su interpretación/comprensión/explicación profunda, amplia, holística, integral, de modo que ello nos posibilite construir propuestas viables y factibles para contribuir en las soluciones del mismo. Para ello:

- Se continúa el *proceso interactuante* con los diversos sectores sociales involucrados en el problema investigándose. Aplicación de los procedimientos cualitativos y cuantitativos previstos en la metódica y metodología del proyecto y los que se vayan generando de acuerdo con la realidad concreta del problema.
- *Interpretación/Análisis recurrente y explicación de la información* empírica obtenida y las explicaciones (rationales) epistemológico-teóricas y culturales que la explican, en un proceso de interrelación y configuración solidaria entre los todos los sectores y actores involucrados en el problema investigándose.
- *Discusión sostenida de las interpretaciones construidas* en el seno del equipo de investigación. Aquí juega un papel básico el enfoque o visión epistemológica de los/as investigadores/as, puesto que permite “captar” posibles rupturas, contradicciones, efectos, omisiones, excesos u otros factores que pueden distorsionar, segar o direccionar la interpretación.
- *Diseño coparticipativo de una Propuesta Alter(n)ativa*, proceso que tiene la característica que, en el marco de la coparticipación dinámica de los sectores investigadores -equipo responsable y comunidad-, se diseñen teórica, técnica y culturalmente las posibles soluciones a la problemática detectada, de modo que éstas sean factibles, viables y po-

sibles de alcanzar y de ser asumidas comprometida y conscientemente, para su puesta en marcha.

- *Elaboración del informe de la investigación*, este es un proceso formal de varios intentos reconstrucción del informe (elaboración del discurso de la investigación), que serán debatidos, participativamente, hasta asumir en consenso los resultados, que hagan posible el esperado accionar transformador.

Para intentar cumplir con todas estas directrices investigativas, como lo plantea Granda, es necesario trabajar alrededor de tres procesos importantes: 1. Analizar la constitución de la salud pública en cuanto disciplina con pretensión científica y sus presupuestos teóricos y metodológicos. 2. Discutir las posibilidades de inventar una salud pública diferente. 3. Llevar el debate filosófico y teórico al campo del método, para lo cual apoyarían planteamientos como, el de Habermas sobre la doble hermenéutica y el de Sousa Santos sobre la doble ruptura, con lo cual cabría la posibilidad de encontrar una doble ruptura en la investigación-acción en salud pública con miras a alcanzar, -en acuerdo con De Sousa Santos, un “conocimiento prudente para una vida decente” (Granda, 2009).

Y, lo más importante en este momento, es que el anhelado accionar transformador no se quede en la esperanza, sino que vaya haciéndose acción práctica desde el momento que se (re)inicia la observación del campo problemático de la Salud Pública, durante el proceso de problematización, el desarrollo del proceso de investigación hasta su conclusión. De modo que la acción mejorada y/o transformada, se constituya en una realidad que aporta al mejoramiento de las condiciones de vida de la población investigada.

8 Armony, Op. cit. pág. 9
9 Weed M., Op. cit. pág. 36-38

Bibliografía

- Armony, Víctor (1998) Análisis de Datos Cualitativos en Ciencias Sociales: Nuevos Enfoques y Herramientas, Canadá.
- Granda Edmundo, El saber en Salud Pública en un ámbito de Pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico, en *Edmundo Granda Ugalde: La Salud y la Vida*, Quito, 2009
- Granda, Edmundo, Integralidad y Vida, en *Edmundo Granda Ugalde: La Salud y la Vida*, Quito, 2009
- Maturana, Humberto y Varela, Francisco (2003). *El árbol del conocimiento: De las bases biológicas del entendimiento humano*, 1° Edición, Coedición de Editorial Universitaria y Editorial LUMEN, Buenos Aires, 2003
- Maturana, Humberto (2008). Del ser al hacer: *Los orígenes de la biología del conocer*, 1ra. Ed. Buenos Aires.
- Maestría en Salud Pública, Guía para la formulación de un Proyecto de Investigación en Salud Pública, UNL, 1997
- Mella, Orlando (2008). Naturaleza y Orientaciones Teórico-metodológicas de la Investigación Cualitativa, Santiago de Chile, 1998
- Moreno, Alejandro (2003). Historias de Vida e Investigación.
- Polit y Hungler (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*, 6ª Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Rueda, Rocío (1998) Investigación Cualitativa e Hipertexto: Un Encuentro de Narrativas Polifónicas, Santa Fe de Bogotá.
- Ulín, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2006). Investigación aplicada en Salud Pública: Métodos Cualitativos, OPS, Washington.

Artículo 9

Encrucijadas y complicidades epistemológicas para pensar la salud

Mario Rovere¹

“Hoy día no existe ninguna corriente importante en las ciencias sociales que afirme que la medicina tenga una completa autonomía de la sociedad o de las partes, instancias o elementos que constituyen o integran la sociedad. Se entiende que una “parte” “elemento” o “instancia” de la sociedad como por ejemplo la medicina, es autónoma cuando está determinada por sus propias leyes”.

Juan C. García “La Articulación de la Medicina en la Estructura Social”

Introducción

Con la esperanza de haber entendido el espíritu de este libro y con la perspectiva que otorga la ya cierta distancia en el tiempo desde el fallecimiento de un amigo, de un pensador y de un luchador imprescindible, intento compartir lo que creo puede resultar una forma propositiva y ojalá pertinente de recordar y homenajear su labor incansable y una de sus cualidades más llamativas: su capacidad de hacer pensar, de co-pensar con el otro.

Me propongo hablar de las interfaces con Edmundo, así lo mencionaré en este artículo. Es decir, me propongo reconstruir aquellos innumerables momentos en que el encuentro generó debate, discusión, diálogo, conversación y nuevas vías de exploración acerca de temas espe-

cíficos, muchos de los cuales continúan siendo zonas grises en la construcción de la salud colectiva.

Lo realmente difícil es encontrar qué priorizar, ya que Edmundo era y continúa siendo fundamentalmente “quien te hace pensar”, lo que significa que muchas de las exploraciones son elegidas aquí sobre todo por la importancia de su devenir. En consecuencia, este no es un texto nostálgico ni documental, sobre todo porque no me voy a referir a textos sino muy especialmente a diálogos, a voces haciendo referencia a la dimensión docente y dicente de un investigador.

Salud Pública y Medicina Social ¿un diálogo imposible?

Contextualización: Quito, Universidad Central del Ecuador - UCE, comienzo de los 90s. Edmundo Granda dirige la Escuela de Salud Pública, hay alumnos ecuatorianos, peruanos y colombianos. ¿Qué es lo que puede hacer un referente de la medicina social ingresando a la dirección de una Escuela de Salud Pública?

Para contestar esta pregunta vale la pena remontarse a algunas décadas atrás, ya que, a mitad de los 70s, desde el -por entonces poderoso y progresista núcleo de recursos humanos de la OPS, se está discutiendo el rol de la salud pública.

1 **Mario Rovere. Argentino.** Médico especialista en Administración de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Salta. Diplomado en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Residencia en Salud Internacional OPS/OMS. Actualmente es el Director de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario.

La salud pública había surgido como campo académico en la segunda década del siglo veinte con la explícita incidencia y el “apoyo” orientado de la Fundación Rockefeller. Esta fundación, invirtiendo una parte del excedente del gran negocio de la estandarización de los subproductos del petróleo (Standard Oil, literalmente estandarizando los componentes del petróleo), decide ampliar la influencia que ya había ganado en la educación médica hacia la creación de una Escuela de Salud Pública, la que, luego de un orientado concurso, recae en la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore, EE.UU.

Los motivos profundos de esta decisión han sido develados por Elizabeth Fee en su documentado estudio sobre la historia de Johns Hopkins y la Fundación Rockefeller. Tratando de aparentar cierta objetividad, la fundación organiza un concurso entre Universidades, pero la decisión ya estaba tomada, considerando que Abram Flexner –el mismo “reformador-disciplinador de la educación médica”- era parte del jurado. Los otros concursantes, como la Universidad de Columbia en Nueva York o la Universidad de Harvard en Boston, ya habían perdido antes de comenzar, por no ofrecer suficientes garantías de colocar la salud pública bajo control médico, como sí, en cambio, parecía garantizarlo Hopkins.

Flexner o la Rockefeller (el hermano de Flexner formaba parte del *board* o cuerpo directivo de la Fundación) operaron entonces una doble y secuencial operación tendiente a aislar a la medicina primero, y a la salud pública, adicionalmente a la enfermería, de cualquier exposición a las ciencias sociales, a cualquier inquietud o perspectiva social, una tendencia que era muy fuerte en la segunda mitad del siglo XIX y que el positivismo estrechamente asociado a las necesidades del capital consiguió neutralizar.

Resulta interesante pensar que la fundación creada a partir de los excedentes de una empresa que se enriqueció con la estandarización de los subproductos del petróleo más “confiables”

y el aislamiento de los subcomponentes ígneos y explosivos, aplicó un dispositivo analógico con las profesiones de salud: medicina, enfermería, salud pública, aislando sus componentes comercializables y separándolos prolijamente de cualquier contaminación con componentes de connotación ambiental o social.

Desde fines de los 60’s y durante los 70s, en el marco de los estudios sobre ciencias sociales, medicina y educación médica, resulta claro que, al menos en las facultades de medicina, la salud pública reimpulsada por el desarrollismo no era un aliado para el fortalecimiento de esta relación; que la salud pública había devenido tan positivista y en consecuencia refractaria a las ciencias sociales como la medicina, y que el surgimiento de la medicina social era necesario tanto para recuperar tradiciones (por ejemplo tras la figura de Rudolph Virchow), como para contraponer enfoques modelos y mapas conceptuales.

Edmundo era un profundo conocedor de ese debate y contaba con elementos privilegiados para comprenderlo, ya que había sido alumno de la maestría de medicina social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro entre 1973 y 1975. Allí no solo había interactuado con los autores y las perspectivas más progresistas de la época, sino que también se involucraría en la exposición a los autores que ayudaron a los partidos de izquierda más ortodoxos de Italia y de Brasil a separarse de la ortodoxia, incorporando miradas e incluso docentes de la talla de Michel Foucault, entre otros.

Pero además, ya siendo un discípulo y colaborador directo de Juan César García, realiza en 1977 un diploma de Planificación en salud, justamente en la John Hopkins University.

En consecuencia, cuando en el año 1990 llegó a la Dirección de la Escuela en la Universidad Central del Ecuador, empezó un debate dentro de él que se extendió a sus docentes y alumnos,

muchos de ellos muy calificados, y al que tuve el privilegio de ser invitado a participar.

Edmundo sabía muy bien que el debate epidemiología tradicional vs epidemiología social había que darlo, y lo dio con fuerza. Pero al llegar al momento de los instrumentos de intervención, la maestría ofrecía lo mismo. Solo estaban disponibles en el país y/o en el plantel docente profesores de administración, en el mejor de los casos de administración pública, pero con frecuencia de administración privada.

¿De qué manera podía conciliarse un análisis de la situación de salud que llevara hasta las complejas determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad-atención a escala individual y colectiva, si luego se iban a desplegar herramientas de intervención acotadas y resignadas, que dan por aceptadas, que asumen como un simple supuesto todas esas determinaciones?

Aunque la analogía pueda parecer simplista, la situación remedaba esa época (la actual por ejemplo) en que la tecnología ofrece refinamientos diagnósticos sofisticados para enfermedades que tienen el mismo pronóstico y tratamiento que antes.

Tampoco parecía posible trabajar sobre el único supuesto de una lucha política por fuera del Estado cuando la mayoría de los alumnos provenían de la administración pública, de los servicios de salud o de la seguridad social, y buscaban fundamentalmente herramientas para trabajar adecuadamente dentro de ella.

Fue allí que surgió el espacio para compartir los relativamente recientes debates y aportes de la planificación estratégica o situacional, tal como había sido instalada por autores tan diversos como Carlos Matus, Mario Testa, Juan José Barrenechea y Emiro Trujillo.

Pero el conector principal iba a ser un diálogo que se estableció en Venezuela años antes entre un planificador y un compañero de ALAMES epidemiólogo, referente de la medicina social. En otras palabras, pusimos en escena la matriz que poco tiempo antes habían desarrollado Pedro Luis Castellanos y Carlos Matus, que había quedado plasmada en algunos textos de escasa circulación, y que ya estaba en los primeros borradores del libro de planificación estratégica de recursos humanos en salud que Edmundo ayudó a concretar, y que al poco tiempo iba a salir como texto del Programa PALTEX; exactamente en 1993, por esas cosas de la vida, el mismo año que el Banco Mundial sacó su controversial libro “Invertir en Salud”.

La matriz y las formas de uso transductivas (deductivo-inductivas) que aplicamos entonces nos permitió imaginar que habíamos encontrado una piedra angular no solo del al parecer imposible diálogo Medicina Social-Salud Pública, sino además de las habitualmente contrapuestas miradas técnicas vs. políticas, institucional vs. social e incluso la más elusiva relación “pensamiento y acción” que, sin embargo continúa constituyendo la base conceptual de la planificación.

Determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención; una deconstrucción desde las demandas de la práctica

Asociado con los festejos del bicentenario en un texto reciente,² Lucio Picabea hace referencia a la presencia en la Buenos Aires de 1806 de un tal Carlos Guezzi, al que describe como “médico esclavista”. Guezzi, nacido en 1769, se había graduado de Médico en la Universidad de Turín, había desarrollado su práctica profesional

2 Picabea, L. (2009). 1807 ¿Por qué Buenos Aires no es Buenos Aires City? Platt Grupo Editor, Buenos Aires.

en África, más precisamente en Mozambique, y había arribado a uno de los principales puertos de importación, Buenos Aires, con una cierta fortuna, pasando a ser socio de una empresa importadora, claro está que de esclavos.

Quedé maravillado de la construcción “médico esclavista” y pensé inmediatamente en Edmundo y lo que no haría con este concepto. La naturalidad con la que el autor lo utiliza invita a preguntarse si esta sería la forma como el propio profesional se presentaría por esa época, y, claro está, no se puede dejar de especular sobre cómo los historiadores, dentro de doscientos años, se referirán a los médicos contemporáneos.

El constructo Determinantes Sociales del Proceso Salud Enfermedad Atención –DSPSEA, constituye una identidad, una marca de la medicina social y de la epidemiología crítica, desde hace al menos tres décadas, especialmente en América Latina, y en consecuencia debo y quiero partir de la valoración y el reconocimiento de lo que ha generado, genera y generará, como un verdadero divisor de aguas, cuando de “abrir” o de “cerrar” los análisis de lo que ocurre en salud y en la realidad social se trata.

Las reflexiones que se presentan aquí no intentan establecer un debate con los autores que han logrado instalar este concepto, sino sobre todo discutir sobre los usos corrientes de este término, sus aplicaciones y sus consecuencias.

Contextualizo que la época en que este artículo se está escribiendo está un tanto marcada aún por la estela que levantó el dictamen de la comisión sobre determinantes sociales -que tuvo su figura más visible en Michael Marmot- que fue lanzado como documento de la OMS en el 2008, y las reacciones diversas que ha despertado, frente a las cuales debo expresar enfáticamente que coincido con las fuertes y fundadas críticas que realizó la reunión de ALAMES, México 2008 (pueden consultarse a través de www.alames.org), muy especialmente en lo que

hace a los siguientes argumentos: i. Resulta una clara canibalización del concepto, sin ninguna referencia a la producción latinoamericana reconocida mundialmente, ni a los referenciales de los autores del materialismo histórico en los que se basa; ii. Se configura como un renovado clásico del idealismo de la socialdemocracia, en este caso, además, europeo, y por definición auto centrado; y iii. La ideología se filtra claramente por la renovada ausencia de jerarquías en los determinantes. Vale la pena recordar que se trata de una operación que se emparenta con aquella intentada en el pasado con la aplicación del “enfoque de riesgo”.

Resulta igualmente preocupante entender la responsabilidad que se asume cuando se invita descontextualizadamente a metas sociales tan importantes como “reducir las desigualdades en una generación” sin ningún análisis serio sobre qué produce, reproduce y multiplica las desigualdades, como si los actores, y sobre todo los modos de producción involucrados en esta reproducción, pudieran desvanecerse por el mero efecto de nuestros buenos deseos o con solo un acto de adscripción voluntaria de los gobiernos del mundo a la base material en la que se sustentan.

En consecuencia, llamar a “luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos” desde un documento internacional, sin análisis de actores, de correlaciones de fuerza, sin formas concretas de organización y, quizás lo que es peor, sin recuperar los movimientos sociales y políticos que por más de dos siglos han luchado contra el aparato por excelencia que produce desigualdad, levantando banderas que se han expresado en términos similares, resulta una mezcla de ingenuidad e idealismo siempre peligrosa, porque deja la sensación de algo que se funda de la nada, pasteurizando conceptos al enunciar descontextualizadamente nociones que “se gastan o se desgastan” en el uso de las palabras, sin definir campos ni caminos concretos para la acción.

Sin embargo, no dejo de especular que puede resultar un documento desalineado de la corriente principal de producción de la OMS –lo que, de paso, sirve para especular sobre donde está hoy esa organización, si el informe liderado por Marmot le queda a la izquierda-, porque permite colocar el tema en algunas agendas, aun para poder discutirlo o denunciarlo, especialmente en espacios a donde no hubiera llegado o no se hubiera facilitado una discusión sobre determinantes, especialmente en una época en que la aplanadora cultural de la globalización parece haber naturalizado las inequidades, las diferencias y las injusticias.

El hecho de que este documento haya influido de alguna manera en la decisión de Brasil de crear una Comisión de Determinantes de la Salud a nivel del Gabinete Nacional, me parece también un avance interesante, al menos de la concepción intersectorial de respuesta a los determinantes de la salud, similar a la posición institucional del programa “Fome Zero” y muestra, desde mi punto de vista, que el documento puede utilizarse como un dispositivo para volver a instalar el debate de los determinantes, ampliando las audiencias propias de la medicina social.

Sin embargo, no es con Marmot o con la OMS con quien desearía argumentar o contra-argumentar -ya que reitero que en los documentos de la reunión de México de 2008 están los principales ingredientes y allí está planteado lo sustancial de este debate-, sino con el concepto mismo, en tanto nos interpela en la interpretación y en el sentido con el cual ha entrado en nuestras prácticas en salud.

Pienso, por ello, concentrarme en los usos habituales del concepto DSPSEA y su potencial expli-

cativo y transformador. Para ello debo retornar a algunas décadas atrás, cuando con Edmundo nos planteamos uno de los dilemas más interesantes para el -siempre difícil- diálogo entre medicina social y salud pública (si es que acaso este diálogo es posible).

Sé que resulta tentador explorar si el constructo “salud colectiva” generado por la academia y la práctica política en Brasil, constituye la respuesta a este “dilema” y si realmente ofrece una síntesis superadora de esta polaridad, lo que intentaré discutir al final del artículo.

Los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención, un paradigma en acción

“El administrador de salud del que hablamos...[es] un profesional que interpreta que la práctica administrativa con objetos y sujetos, con conocimientos, cosas y voluntades. En esa medida, se interpreta que concibe la administración como un proceso en el que juegan las características humanas. En otras palabras, este administrador ya ha aprendido algo más de las enseñanzas de la administración clásica “científica” o de las propuestas neoclásicas y burocráticas, y camina hacia su constitución como anti-burócrata”. Edmundo Granda 1993³

A riesgo de reiterar, enfatizamos que en la ciudad de Quito, durante la década de los 90 y desde la maestría en Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador, Edmundo Granda había logrado, a través de un cambio curricular profundo, desestructurar todo el aparato diagnóstico que la epidemiología y la demografía clásica suelen proveer, impulsando en los alumnos una rica reflexión que ascendía la comprensión de los fenómenos de salud enfermedad estre-

3 Granda E. Algunas reflexiones sobre la concretización y contextualización de la realidad en la investigación-acción en salud colectiva en Edmundo Granda, *La Salud y la Vida* Volumen 2. Quito, noviembre 2009.

chamente vinculados a la comprensión de la sociedad como un todo.

En esa época (y aun hasta la fecha) los posgrados en Salud Pública no conseguían, en su matriz curricular, salir de una cierta copia del molde de la planificación tradicional (o quizás de la propia clínica), con la lógica diagnóstico/tratamiento, en la cual, a grandes rasgos, el diagnóstico es sinónimo de epidemiología y el tratamiento es sinónimo de gestión.

En el nuevo currículo de la Universidad Central del Ecuador se había llevado a la práctica una operación que permitía repensar con códigos de la medicina social el diagnóstico, lo que, como un efecto indirecto había agrandado la desproporción que separa habitualmente los diagnósticos y las herramientas de intervención.

De esta forma la epidemiología crítica quedaba “contestada” y “contrastada” con técnicas y herramientas de gestión que, en términos generales y a pesar de distintas adecuaciones y maquillajes, encuentran su inspiración en el estudio del *management* de las empresas privadas, básicamente norteamericanas.

Frente a esta posibilidad, surge el diálogo, que se prolongó por muchos años, en donde la llave de articulación que consideramos más oportuna fue la de conectar epidemiología social con planificación estratégica, aprovechando la dinámica producción de la época, expresada en los ya mencionados autores Testa, Barrenechea, Trujillo o Matus.

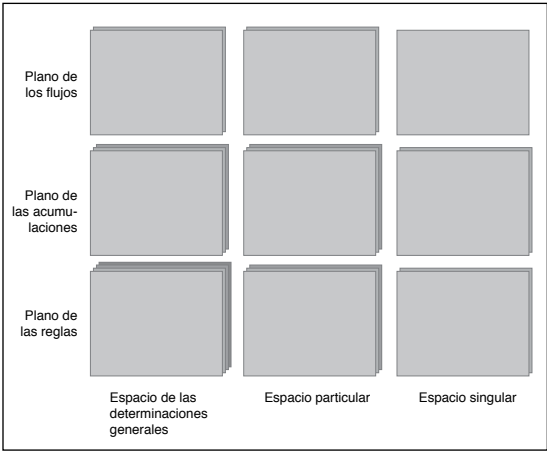
La necesidad de encontrar una bisagra, un dispositivo de ensamblaje, entre la primera parte diagnóstica, analítica, y la segunda, más estratégica y operacional, nos remitió a una matriz, simple y compleja a la vez, que había visto la luz en un artículo del boletín de Epidemiología de la OPS y que constituía el producto de una fructífera interacción entre los aportes de la epidemiología crítica de Pedro Luis Castellanos y los de un planificador como Carlos Matus.

Debemos a ese fértil diálogo una matriz de explicación de problemas que permite conectar el cotidiano de los problemas de salud con las explicaciones de la realidad que se manifiestan en “otros planos y espacios,” y que ahora me permito recordar aquí, no solo con sentido de homenaje, sino sobre todo por sus aplicaciones actuales y sus potencialidades futuras.

Pero ¿por qué reducir el complejo debate de los determinantes a una matriz?

Básicamente porque es a través de este instrumento que lográbamos generar las interacciones que parecían necesarias para articular conocimiento y acción de formas que trataré de ir expresando a lo largo del documento.

La matriz pensada originalmente para identificar diferentes planos y espacios de explicación de la “producción” de realidad se organizó en forma de intersecciones:



La intersección del plano de las reglas con el espacio de las determinaciones generales configura el plano-espacio donde residen las sobredeterminaciones, que están básicamente conectadas con el modo de producción, y de allí se van desprendiendo otros planos y espacios con explicaciones mediadoras, de jerarquía habitualmente menor, hasta llegar a las explicaciones más fenoménicas o inmediatas.

El problema que se quiere enfrentar, con frecuencia se encuentra en un espacio singular y se manifiesta a través del movimiento en el plano de los flujos de producción, que resultan habitualmente más fenoménicos y visibles. Decimos “habitualmente”, porque algunas condiciones excepcionales, como las que generan las crisis, pueden hacer fenoménicas o visibles las estructuras y aun las genoestructuras.

Esta idea que asocia visible con flujos y movimientos que configura un elemento central de la construcción de problemas, a su vez conecta con la paradoja de la propia lógica de los problemas que intersecta fuertemente subjetividad con objetividad o base material.

Si el problema se constituye como una brecha entre una realidad observada y una realidad deseada o valorada, entonces el objeto (que podría ser objetivo, real, ya sea material o simbólico) es subjetivado como “objeto problematizado”.

El carácter de lo visible lo volvemos a encontrar en el mismo origen de la palabra “objeto”, en su etimología: *Ob-iectum* -siendo el sufijo *iectum* por se una raíz que se constituye en toda una encrucijada para la planificación y que remite a movimiento. Lo que tiene movimiento, trayectoria (tra-iectum,) por su propia movilidad llama la atención del observador. Pero además, el *ob* del observador remite a la necesidad de un sujeto (a su vez sub- iectum) que mira, y con su mirada lo construye como objeto “ob-iectum”.

Una forma A de aplicación habitual de la matriz de planos y espacios ha permitido y ha generado innumerables exploraciones que, por acercamientos progresivos, han permitido incrementar

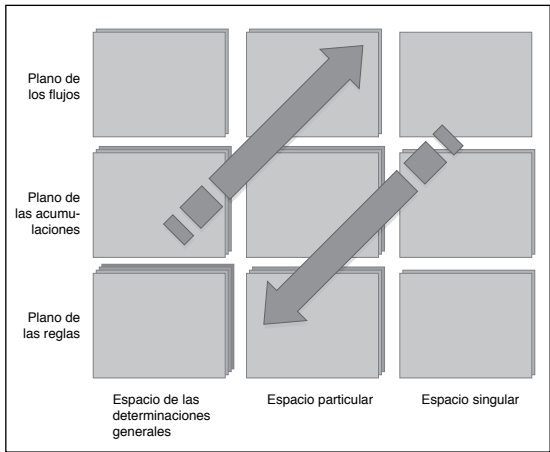
la comprensión de las estrechas relaciones entre las diferentes esferas de la vida, y no hablamos en la práctica de la relación de la salud con “lo social”, ya que consideramos a la salud absolutamente inserta, atravesada y formando parte de la misma esencia de lo que llamamos social.⁴

En una primera deconstrucción del uso o utilización de la matriz que nos ocupa, intentamos abrir el juego que Jesús Ibáñez denominó “transductivo”. Es decir, la matriz podía usarse al mismo tiempo “remontando (río arriba)” en forma inductiva desde lo más fenoménico y singular, o irse “desprendiendo (río abajo)” en forma deductiva de lo general a lo particular, de lo genoestructural a lo funcional.

Se encuentra priorizado el recorrido deductivo que conecta los problemas con el modo de producción, que refuerza la perspectiva de la medicina social es el camino deductivo, pero también es cierto que, con frecuencia, la “distancia” a los problemas reales y cotidianos de salud resulta mucho más mediada, es decir, cuenta con una cadena más larga de determinaciones que las que la matriz permite o contiene, y en ocasiones, con una formación social débil, el ejercicio encuentra en los plano-espacios de las sobredeterminaciones explicaciones retóricas, o que remiten rápidamente a una suerte de monocausalidad determinística.

Por otra parte, la aplicación práctica de la matriz con sentido inductivo permite con frecuencia verificar el grado de endogamia o “nacionalismo” del pensamiento en salud, ya que resulta imposible, o a veces simplemente caricatural, la forma en que se intenta conectar los fenómenos de salud con otras esferas de la vida.

4 Seguimos en ese sentido las reflexiones recientes de Bruno Latour en su libro *La Teoría del Actor-Red*; Reensamblando lo Social, de Editorial Manantial, 2008.



Por ende, la utilización metafórica del largo viaje del salmón (río abajo y río arriba) utilizada por Ibáñez, contribuyó a encontrar una solución transductiva (inductiva-deductiva) que permite que la matriz se pueda construir y leer en ambos sentidos, constituyendo cierta forma de consistencia o de evaluación de la coherencia del ejercicio.

Volviendo a nuestro diálogo con Edmundo, e intentando “jugar” colocando el debate Medicina Social-Salud Pública en el debate, parecía claro la tendencia de la Salud Pública a traccionar hacia el polo “singular-funcional” y la tendencia de la medicina social a traccionar hacia el polo “genoestructura-espacio de las determinaciones generales”.

Pero ¿qué sucedía cuando esta polaridad se examinaba desde el punto de vista de las posibilidades de intervención? El polo de menor potencia explicativa se volvía el de mayor posibilidad de intervención, y, casi por definición, el polo de mayor potencia explicativa se volvía el de menor posibilidad de intervención, al menos dentro del espacio de las determinaciones intrínsecas de las instituciones públicas de salud.

Por supuesto que esta complejidad y este ejercicio están a su vez autoreferencialmente definidos. Se puede hacer un posgrado de salud pública para explicarles a los alumnos por qué

no deben hacer un posgrado de salud pública, pero aun así, queda por definir quién gestiona los servicios de salud que configuran un cúmulo concreto de recursos, de financiamiento, de tecnología y, sobre todo, de personas que dedican su vida a “trabajar en salud”. Estas personas concretas hemos ido construyendo condiciones para que, aunque resulte una utopía, se libere un cierto “forcejeo” -en el sentido que Bourdieu le da a esta categoría como organizadora de un campo- que permite al menos imaginar que el derecho a la salud es uno de los resultados posibles; claro está que la prevalencia de la atención de la salud como mercancía puede también ser otro resultado posible.

En otras palabras, el mismo derecho a la salud, en sus expresiones más totalizantes, puede resultar literalmente imposible dentro de las determinaciones del modo de producción, y sin embargo, cierta gradación de la aplicación de este derecho se da en diferentes “dosis” en la medida en que existen tensión, confrontación, lucha, alianzas, abogacía, con la participación de diferentes actores y en diferentes escenarios.

También este autor nos ayuda a poner en cuestión el propio “habitus” del personal de salud -hoy aún moldeado por el referencial flexneriano- como un determinante que no imposibilita, pero ayuda a explicar las enormes dificultades de cambiar al sector salud desde adentro de las instituciones. Lo que, en palabras de Foucault, se expresa cuando afirma que el sujeto es producto del poder o, más comunicacionalmente, que “el sujeto está sujetado”.

También parece estar claro que desde la propia recuperación de la figura de Rudolph Virchow y su involucramiento directo en la política de su época, la medicina social interpreta que las batallas deben darse por dentro y por fuera del marco del propio sector salud, llegando abiertamente hasta los espacios de la disputa política, la justicia, los congresos, los partidos políticos, la calle.

En un intento de conciliación de esta aparente disparidad o camino dicotómico, puede recordarse la prédica del “joven Matus”, cuando, en sus primeros trabajos y buscando nuevas síntesis, hablaba de “politizar lo técnico y tecnificar la política” como una función central de la planificación estratégica o situacional.

El capítulo final de uno de sus primeros libros, quizás el más profundo y epistemológicamente más denso, “Planificación de Situaciones”, culmina con un epílogo: “Situación-Objetivo y Utopía”, señalando “*después de todo, hacia dónde se camina es más importante que cómo se camina.... Se puede marchar bien, con eficiencia, en forma rápida, segura y perseverante...Hacia un abismo. Lo mismo se puede hacer desordenada e ineficazmente. Pero, al final, el “menor costo” de la primera opción no tiene significado, si la meta perseguida resulta ser un desastre.*”⁵

Esta frase, incluida en un texto producido a fines de los 70’s denunciando la lógica de la construcción tecnocrática, vino a constituirse en una profecía de lo que ocurriría en la década de los 90’s, donde podíamos observar a centenares de “técnicos” de la salud pública sumarse a los debates instrumentales para mejorar la eficacia y la eficiencia de reformas sectoriales de consecuencias claramente regresivas, aun cuando muchos de ellos, quizás los más experimentados, eran plenamente conscientes que esas reformas conducían a un desastre, como lo muestra la historia reciente de América Latina y lo expresa de manera paradigmática la experiencia de Colombia.

De dónde salieron los planos y espacios es algo difícil de reconstruir, especialmente por algunas tendencias de los trabajos de Matus a no referenciar fuentes. Sin embargo, podemos decir que la idea de los espacios nos había llegado pre-

viamente a través de Laclau, haciendo referencia última al uso que Hegel hacía de estos conceptos.

Los espacios (singular-particular y general) son espacios de autonomía relativa, tal como ocurre, por ejemplo con el propio sector salud, que podría, en algún caso, considerarse un espacio singular de los diversos sectores del Estado, o de las diversas esferas de la propia vida en sociedad. Pero al hacer mención a Hegel, queda algo más claro que el concepto va un poco más allá, ya que en la conceptualización de este filósofo, cada espacio representa, de alguna manera, una “negación” de los otros espacios.

Este concepto de negación, clave en su concepción de la dialéctica, ayuda a entender la forma en que se construye la endogamia o hasta el “nacionalismo” del sector salud, “negando” al menos parcialmente su esencia social. Pero, como plantea Juan César García en nuestro epígrafe, hará falta que cada espacio pueda definir su propia legalidad (en nuestro caso las reglas) para ser considerado un espacio de autonomía, y, para ser precisos, en ningún país la profesión médica detenta un poder que devenga de su organización deontológica sino de leyes (en consecuencia, legalidades muy por fuera del espacio singular de la salud) de ejercicio profesional que avalan esta y otras profesiones de la salud.

De esta forma, los límites entre espacios constituyen fronteras relativas, o, si se quiere, membranas más o menos permeables o semipermeables, con poros que quienes tienen intereses corporativos en el sector se empeñarán en cerrar hasta construir una cultura, “un medio interno” que parezca poder ignorar el afuera, y que para la medicina social a contracorriente resulta imprescindible y consustancial abrir, “airear” e interconectar.

5 Matus, C. (1980). *Planificación de Situaciones*; Fondo de Cultura Económica. México.

Pero adicionalmente –y continuando con la dialéctica hegeliana- si el espacio singular es una negación del particular, y el particular es una negación del espacio general, se configura aquí una doble negación –lo que constituye en realidad una afirmación. Esto emparenta de manera paradójal al espacio singular con el general. Si la lógica de los espacios la trasladamos a los territorios que quedan delimitados por la existencia de diferentes instancias del Estado (por ejemplo local, nacional, internacional), el concepto de “doble negación = afirmación” puede verse en la articulación y hasta en la alianza que se produce entre lo global y lo local cuando se intenta debilitar el Estado nación.

Del mismo modo, podemos ver al sector salud circulando en diferentes espacios, desde lo local hasta lo global, articulando con más facilidad – el caso de la atención primaria sería al respecto paradigmático- que cuando se plantea cualquier invitación a la intersectorialidad o a la participación social.

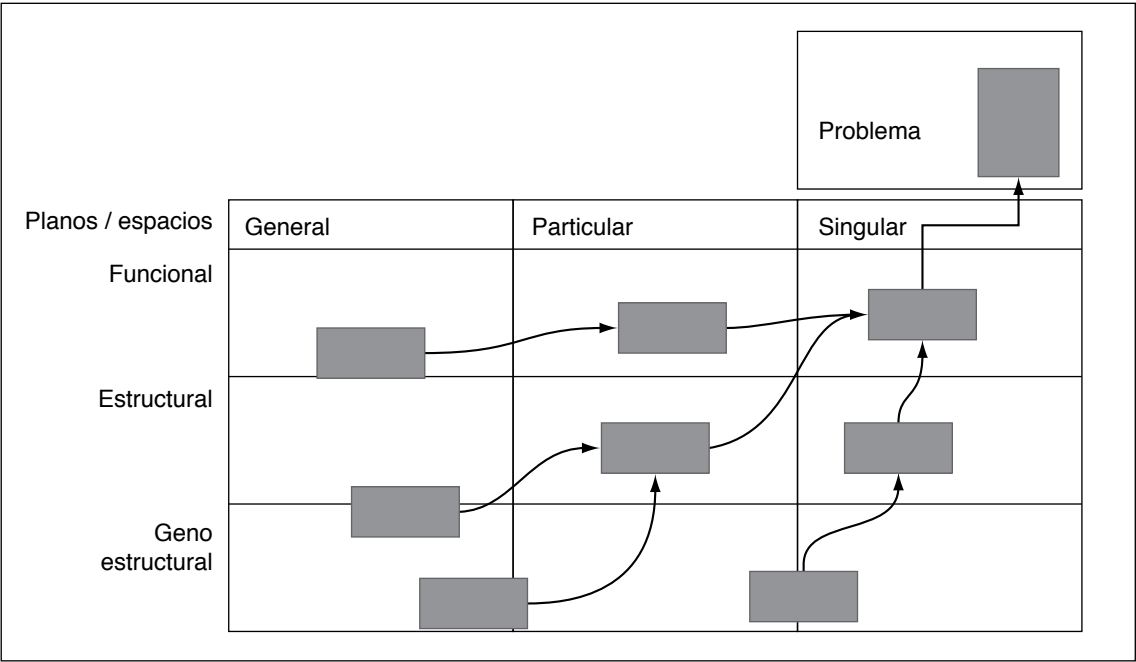
En ese sentido, aunque salud se instale como un espacio formalmente inserto en la política y en la transversalidad de un gobierno o de un Estado cuando hablamos de un Ministerio de Salud, la endogamia de este sector salud puede ser reforzada tanto por la cultura del sector, por

la existencia de fuertes corporaciones o por la existencia de organismos internacionales de salud que, con frecuencia, intencionalmente o no, ayudan a la configuración de una representación de autonomía relativa del sector.

Igualmente compleja es la estructuración en tres planos que fueron mutando en las sucesivas obras que se explicitan por primera vez en “Planificación de Situaciones”, la obra de Carlos Matus con más inspiración habermasiana para algunos, al mismo tiempo escrita en condiciones gramscianas -concebida en la cárcel de Ritoque-. En la práctica, los planos surgen con la tríada fenosituación, fenoestructura y genoestructura, en donde Matus juega con conceptos que vienen de sus propias discusiones, entre otros compañeros de prisión política, con Clodomiro Almeida, con Humberto Maturana y Francisco Varela, los dos últimos reconocidos científicos de la biología experimental y especulativa.

En trabajos posteriores hay referencias más volcadas a la economía, cuando denomina los planos con los nombres de: producción o flujos de hechos, acumulaciones (que permiten esa producción) y reglas (que permiten esas acumulaciones). En un sentido parecido, Bourdieu en su definición de campo hace referencia a: i. La lógica de la visibilidad del campo; ii. Los agentes

Denominación inicial de C. Matus para caracterizar la “situación”	Denominaciones posteriores del mismo autor	Referencias en la noción de “campo” de P. Bourdieu
Fenosituación	Flujos de hechos Producción	Juego, forcejeo o disputa de capital simbólico
Fenoestructura	Acumulaciones	Jugadores y el capital simbólico en disputa
Genoestructura	Reglas (escritas y no escritas)	Reglas de juego (sosteniendo el campo por la complicidad de base de los jugadores)



o jugadores que concurren y al mismo tiempo, al forcejeo y a la “complicidad de base”, con reglas, formalizadas o no, que sostienen un campo.⁶

En todo caso, en esta estructura de tres planos, que podría repetirse en diferentes ciencias con mayor o menor éxito (fisiológico-anatómico-genético o consciente, subconsciente e inconsciente), se repite un molde que intenta operativizar debates mucho más complejos, al acercarse al campo de las ciencias sociales y la filosofía y los debates que en ella se sostienen.

Cuando se busca aplicar esta matriz a algún problema complejo de salud, se organiza la estructura explicativa a través de una serie de actores o factores que operan como determinantes de diferente grado y están, en consecuencia, ligados por una relación de producción con el objeto o la realidad problematizada.

Al utilizar esta matriz en forma simplificada, surge una tendencia a asociar las explicaciones y las conexiones que ligan las diversas explicaciones entre sí y con el problema analizado, como si de relaciones causales se tratara, lo que remite a su vez a una lógica muy utilizada en la epidemiología tradicional de multicausalidad.

Nos referimos al tipo de vinculación que se da dentro de cada “explicación” y entre ellas; relaciones que no son causales ni casuales, sino relaciones de determinación; una forma de relación entre variables que supone una relación muy particular.

Las determinaciones se entraman en redes explicativas que, conectando una serie de actores y factores, ayudan a comprender cómo y por qué el problema se produce, se sostiene, tiende a crecer o se reproduce.

6 Bourdieu, P. (1998). *Cosas Dichas*. Editorial Gedisa. Barcelona.

Hablamos de polaridades en las que lo que determina pueden ser cosas (factores), o pueden ser personas individuales o colectivas (actores); y, del mismo modo, lo que es determinados también pueden serlo.

La diferencia básica de una relación de factores y una relación de actores (pudiendo crear todas las combinaciones de determinación (relación factor-factor, relaciones factor-actor, relaciones actor-factor, relaciones actor-actor) es que los factores tienen comportamientos -conocidos o no, predecibles o no-, pero los actores despliegan estrategias, lo que complejiza enormemente el juego y hace ingresar al ejercicio un alto grado de incertidumbre.

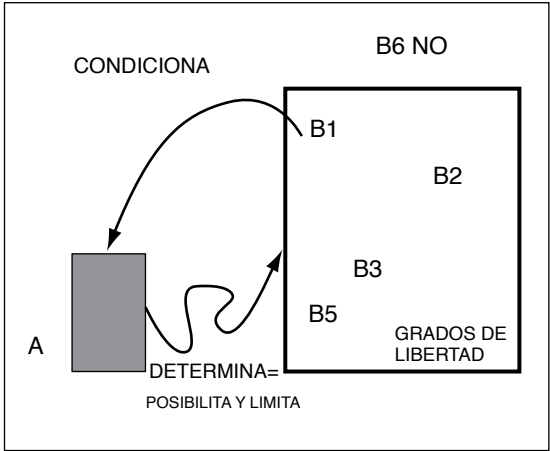
Vale la pena añadir una dimensión que menciona Bruno Latour en uno de sus últimos libros⁷, en donde dice que “los objetos pueden tener capacidad de agencia”. Entendiendo que agencia aquí remite a capacidad de influencia o incidencia. Esto podría traducirse como que a veces los sujetos interactúan entre sí mediatizados por objetos, y a veces uno entra en colisión con factores sin identificar fácilmente qué actores están detrás de esos factores.

Por poner un ejemplo sencillo: Es más frecuente escuchar a personas en el sector salud que se quejan del presupuesto que se les ha asignado, que encontrar personas que identifican o buscan identificar quiénes y cómo asignan ese presupuesto.

Un elemento clave, en consecuencia, es definir adecuadamente qué significan las conexiones que se establecen entre el conjunto de explicaciones que pueden generar una verdadera “red explicativa”, que se construye en conjunto; qué significa cada “salto” de plano y de espacio en la explicación, y qué ocurre entre cada explicación. Esto último remite a una relación más compleja,

sobre la que vale la pena hacer un cierto “zoom” y analizar en mayor detalle.

En el gráfico siguiente puede ampliarse la explicación sobre qué quiere decir cada flecha, y se puede ver cómo la explicación de la que se parte puede, en una red explicativa, comportarse como un determinante -determina a-, lo que significa que, al mismo tiempo, le marca el espacio de lo posible y posibilita la explicación del estado actual de aquello que es -determinado por-.



Cuando decimos que A le marca el espacio de lo posible a B, estamos diciendo al mismo tiempo varias cosas, que B está limitado en su existencia y posibilidad de ocurrir por A; que tiene grados de libertad que puede utilizar de diferentes maneras (incluso contra la determinación de A); que lo que B haga (o no haga), en cierta forma condiciona la eficacia de A como determinante; que hay configuraciones (B6) que no son posibles dentro de las relaciones de determinación, al menos en ese lugar y en ese momento dado, y, lo que es más complejo: que B mismo puede existir o ser viable por la propia determinación de A.

En otras palabras, las relaciones de determinación configuran formas ambivalentes que al mismo tiempo posibilitan y limitan, y es esa misma ambivalencia la que hace tan complejo trabajar y/o resolver problemas dentro de un marco de determinaciones.

El problema de la ambivalencia del vínculo de determinación en la díada “posibilita y limita” intenta ayudar a comprender la complejidad del “amarre” entre lo determinante y lo determinado y las enormes dificultades para cuestionarlo y/o para desalojarlo.

¿Trabajar desde el marco o desde fuera? ¿Con o contra la determinación? ¿En las grietas y explotando los grados de libertad? Las respuestas no pueden ser uniformes, ya que dependen fuertemente de las condiciones objetivas y subjetivas dentro de las cuales la relación se da.

Los ejemplos pueden ser múltiples, como el carácter ambivalente de la determinación cuando analizamos el complejo médico industrial. Por la propia construcción del concepto, parece que solo podría analizarse lo que lucra, lo que fuerza, lo que limita o lo que inviabiliza, pero si no se tiene en cuenta lo que permite, lo que produce y lo que lo legitima y sus relaciones con la medicina en su forma actual, no hay forma de comprender cómo es que crece, se reproduce y se perpetúa.

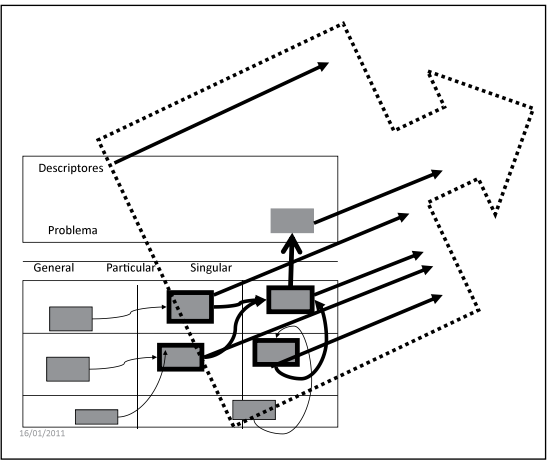
Mario Testa, quien denomina a estas relaciones “posibilísticas”, lo ponía en términos más comunicacionales: “el conductismo constituye una concepción insultante del ser humano ...pero lo más insultante es que en muchas ocasiones funciona”.⁸

No todas las relaciones en la red explicativa de un problema complejo deben ser conceptualiza-

das como de determinación. En una misma red explicativa que cambia de planos y esferas, pueden coexistir, entre otras, formas de asociación de factores, relaciones causales, co-causales, de determinación y de condicionamiento.

Quizás el elemento más complejo y exigente no se dé entre diferentes formas de entender o explicar la realidad, sino en el duro contraste entre potencia explicativa y capacidad de transformación. Hemos visto análisis relativamente simples desencadenando procesos de cambio complejos, y explicaciones muy sofisticadas que no desembocan en ningún cambio profundo, e incluso en ocasiones paralizan. En consecuencia, el par antagónico verdadero-falso se superpone en forma imperfecta con el par útil/inútil, que validan o no en la práctica la calidad de las hipótesis y especulaciones previas a la acción.

Si queremos graficar qué relación existe entre matriz explicativa y diseño de acción, puede suponerse que si las explicaciones determinaban el problema en el sentido de posibilitarlo, debe existir alguna forma de interferir esas relaciones de producción en alguno de los planos y espacios

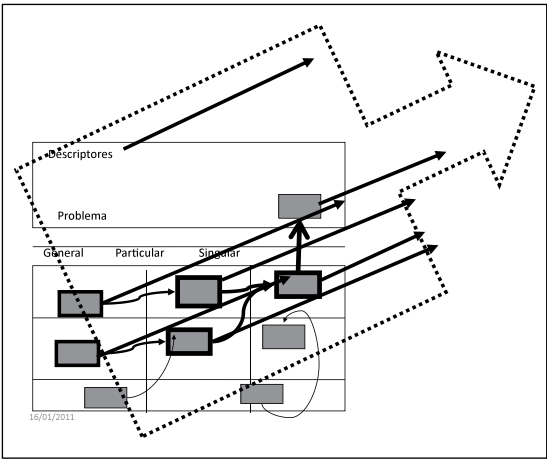


7 Latour, B. (2009). La Teoría del Actor Red. Ed. Manantial.

8 Intervención en el Seminario Internacional de Recursos Humanos OPS/CESRS Rosario Argentina 1987.

que sean posibles para ese lugar y ese momento dado, y para tratar de generar cambios que permitan acumular capacidades como para avanzar hacia determinantes que están por el momento fuera de alcance, pero sin perderlos nunca de vista.

Las explicaciones que “por el momento” han quedado por fuera del espacio de una posible intervención, como resultado de la propia acción y/o de un cambio en la correlación de fuerzas, pueden ser retomadas luego, aun cuando algunas, por su propia definición, puedan parecer inmutables o inmodificables. A veces hace falta un arco de tiempo suficiente para verificar cuántas determinaciones inmutables se desvanecen en el aire.



A modo de conclusiones

Los determinantes del proceso salud-enfermedad atención a nivel individual y colectivo resultan una herramienta fundamental para la comprensión, la explicación, la intervención y el desarrollo de estrategias frente a problemas hipercomplejos.

Compartimos con Edmundo la creencia de que en Brasil, hasta cierto punto, se ha redefinido una síntesis superadora de las contradicciones salud pública-medicina social a través del *constructo* salud colectiva. Sin embargo el concepto no se ha generalizado en América hispana, y en el propio Brasil se percibe cierta expectativa de recuperar la fuerza del concepto de medicina social una vez que se perciben claramente los límites de una reforma sanitaria que no discute sus bases social-demócratas. Las recientes expresiones de las principales asociaciones protagonistas de la reforma ante el cambio de gobierno parecen expresarse en ese sentido.⁹

¿Será entonces que cuando hablamos de salud pública y medicina social hablamos de un diálogo imposible, o hablamos quizás de una tensión necesaria?

En último caso, podríamos asumir, con cierta comprensión comparativa, que estamos en una situación bastante parecida a la de las figuras pioneras de la medicina social a mitad del siglo XIX, cuando el capitalismo mostraba sus contrastes más chocantes y los derechos de los trabajadores eran casi inexistentes. Si consideramos que actualmente el capitalismo globalizado nos ha retrotraído en múltiples escenarios a esas condiciones, parece que nuevamente toca luchar, desde dentro y desde fuera de las instituciones, para que el derecho a la salud no sea una mera declaración discursiva, y las muertes, las enfermedades y las discapacidades evitables no sean un costo marginal a pagar por un supuesto progreso, que además parece conducir a ritmo acelerado hacia la destrucción del planeta.

Al compartir estas reflexiones que comenzaron en Quito a fines de los 80's, se fundó para mí una amistad entrañable que me honra, y un diálogo estimulante y provocativo que se reiteró en

diversos escenarios de América Latina y que culminó en La Paz, en donde coincidimos en el apoyo al proceso transformador boliviano desencadenado por Evo Morales y liderado en salud por la compañera Nila Heredia Miranda, continuado hasta casi su fallecimiento, por la intensa cooperación que, aun enfermo, mantuvo en Bolivia, acompañando a muchos funcionarios que habían sido sus alumnos, y especialmente apoyando y aprendiendo de la nueva residencia de salud familiar con interculturalidad.

Esta u otras producciones perfectamente podrían haber sido escogidas en este texto como los diálogos sobre el desarrollo de la educación médica que comenzamos en la reunión paname-

ricana de Punta del Este a principios de los 90's, y que aplicamos en diversos talleres en la Universidad Central, en la Universidad de Cuenca y en la de Loja, o los aportes a la conceptualización de la salud internacional.

En todos los casos, el privilegio de haber sido alcanzado por un torbellino de ideas, de aportes epistemológicos, de lecturas estimulantes, entremezclados con un afecto entrañable que solo él podía expresar, y que no solo en su momento, sino que ahora mismo, al escribir estas notas -que resultan obviamente de mi exclusiva responsabilidad-, me hacen sentir que continúo siendo estimulado por un diálogo que no ha acabado.

9 Ver en Observatorio por el Derecho a la Salud www.alames.org materiales producidos en el contexto de la asunción de la nueva presidenta Dilma Rouseff, entre ellos la declaración del CEBES: *A saúde no Brasil e o SUS no novo governo*.

Artículo 10

Edmundo Granda, educador

Margarita Velasco Abad¹

Edmundo Granda pasó buena parte de su vida en la academia -desde 1969 hasta la semana anterior a partir, en el 2008-, formando salubristas. Esta actividad sería parte de su papel como pensador y gestor de recursos humanos. Su influencia como educador y pensador se extendió así por Centro y Sudamérica.

Formando investigadores y gestores, lograba unir aquello que sería su obsesión: la teoría que permite la reflexión filosófica y profunda de la realidad para un fin concreto, terrenal y presente con la transformación de la práctica de la salud pública como vía para lograr la equidad de la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Este artículo tiene como objetivo reconstruir su fundamental papel como maestro suscitador de cambios interiores en sus estudiantes para lograr cumplir con uno de los fines de su vida: integrar *el deber ser con el poder ser*. En sus palabras: *“incentivarlos a construir en el presente la soñada igualdad socialista del futuro reflexionando e interviniendo en el abigarrado accionar del ahora”* (OPS, 2002, 324).

Para la elaboración de este artículo, hemos consignado los testimonios de varios exalumnos

y compañeros de trabajo que laboraron con él -por un espacio de 20 años-en el Curso de Especialización en Investigación y Salud, CEIAS, la Escuela de Salud Pública y el Instituto Superior de Postgrado en Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador².

EL CEIAS: el punto de partida

Desde 1979, la tarea de Edmundo Granda se liga a la construcción de un espacio en el cuarto nivel de educación de la universidad pública. Es allí cuando participa en la creación y desarrollo del primer curso de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y el primero en el campo de la salud pública en el país: el CEIAS. A partir de este curso -en el caso de esta universidad estatal ecuatoriana-, en las dos décadas siguientes proliferarían no solo postgrados en las áreas clínicas quirúrgicas, sino en las de salud pública.

Edmundo Granda, junto a Jaime Breilh, proponen en 1979 la creación del Curso de Postgrado en Investigación y Administración - CEIAS como una respuesta, desde Ecuador y desde la educación, a la nueva crisis mundial del capitalismo que afecta a los países de América Latina.

- 1 **Margarita Velasco Abad.** Ecuatoriana. Licenciada en Enfermería por Universidad Central del Ecuador. Maestría en Administración Pública con especialidad en Políticas Públicas por la Fundación Gétulio Vargas, Brasil. Es docente e investigadora universitaria. Directora de la Fundación Observatorio Social del Ecuador.
- 2 Mónica Padilla, Eduardo Puente, Narcisa Calahorrano, Rocío Segovia, Magdalena Galindo y César Chalén prestaron sus testimonios desde su experiencia como alumnos, compañeros de trabajo y amigos para la elaboración de este artículo.

Esta crisis, a criterio de estos dos intelectuales, determinaba cambios sustanciales en todos los renglones de la vida social, incluidos el pensamiento, la práctica y la formación del personal de salud (UCE, 1990).

La crisis de finales de los años 1970 hace posible vislumbrar la disminución de los gastos del Estado en salud, pasando su costo a la población, sobre todo porque esa salud, la de la alta tecnología, no puede mantener los altos precios de su práctica “cientificista” (UCE, 1990, 4-14). Edmundo y Jaime afirman que el marco teórico funcionalista se derrumba y se busca en la fenomenología la legitimación teórica de su nueva proyección. Los sectores democráticos, frente a ello, buscan derroteros más científicos que den cuenta del proceso salud - enfermedad en sus múltiples relaciones y determinantes. El objetivo de dichos sectores es explicar integralmente los determinantes de la salud-enfermedad y sus posibilidades de vida y de muerte. Por tanto, son las condiciones de trabajo y consumo las que modulan las posibilidades y límites de la reproducción de la fuerza de trabajo y los perfiles de salud - enfermedad.

Estas reflexiones, que son la esencia del pensamiento sanitario colectivo, comprueban que desde Sudamérica –y retomando los planteamientos precursores de los sanitaristas que ligaron las condiciones de vida y el entorno a los procesos salud enfermedad- se plantea un nuevo paradigma de la salud. La comprensión de la salud ligada al trabajo, al ambiente, al objeto que el hombre transforma, al lugar que los sujetos ocupan en las clases sociales y en su sitio entre dominados y dominadores, es un salto cualitativo de la salud pública inspirada en Level y Clark, y su cadena de transmisión de la enfermedad. “La salud consumo y distribución, es poder político, es Estado. Los servicios de salud participan de la dinámica de la distribución y son más eficaces cuando el pueblo puede participar en ellos”, se lee en el Plan de estudios del CEIAS de 1990.

De la amalgama planteada por los dos autores, es posible identificar el planteamiento de Edmundo en su campo específico: una nueva administración/planificación y la integración del pensamiento teórico con la práctica. El entorno de la crisis en la que nace el CEIAS es visto por Granda y Breilh como una posibilidad para la reconstitución del pensamiento y práctica que sustentan el proyecto histórico de los sectores populares, situación que se hace presente desde dos décadas antes de la creación del CEIAS.

Granda y el CEIAS son también el resultado de una importante propuesta sobre medicina social generada desde México y Río de Janeiro, precisamente en los posgrados que allí se han creado y donde se forman algunos profesionales ecuatorianos. Por tanto, el CEIAS nace para unirse al empeño mancomunado de América Latina en la formación de personal de salud pública de nuevo cuño. La propuesta latinoamericana de la salud colectiva hace una lectura crítica del capitalismo y sus instituciones, incluida la salud pública. Señala que ésta, al haberse transformado en un brazo del Estado, tan solo había logrado entender aquellos aspectos ligados con la enfermedad que posibilitan el crecimiento del capital y del poder e ideología de las clases dominantes. La alternativa que se planteaba debía buscar una aproximación ligada con los verdaderos requerimientos de las clases más necesitadas, en la forma de poderes democráticos y en el desarrollo de productos científico-técnicos relacionados (OPS, 2002, 323).

En los objetivos del sílabus del CEIAS de 1990, es posible responderse, en buena medida, a la pregunta fundamental: ¿qué buscaba Granda en su quehacer como educador? ¿Cómo entabla él la relación entre la Universidad, el pensamiento social de la salud y la formación? La respuesta que él colocó en este entonces fue:

- Formando personal capaz de interpretar la realidad de la salud colectiva en el Ecuador.

En un país que no tiene antecedentes de investigación científica en medicina social, formar investigadores “para conocer la realidad y para apoyar el empeño de construir la realidad de la ciencia en salud colectiva”.

- Formando personal capaz de adquirir los métodos y técnicas necesarias para la transformación del proceso salud-enfermedad. Para ello, enseñar a planificar y administrar la salud es fundamental. Para superar la proyección tecnicista se propone el estudio de la teoría de la organización, relacionando técnicas particulares con procesos generales. “La propia práctica de administración puede transformarse en una cantera de continua producción de conocimientos, superando la actividad rutinaria y burocrática”.
- Incluyendo la reflexión sobre las leyes que rigen la “anatomía y fisiología social”, a través de las ciencias sociales y filosóficas, para encontrar un marco conceptual que permita la real explicación del proceso salud enfermedad.
- Integrando la teoría con la práctica, porque “es en la práctica donde los estudiantes deben buscar la validez de los conocimientos aprendidos en el postgrado y descubrir los vacíos que dificultan el camino de la investigación”.

Sin embargo, estos planteamientos, como él mismo lo diría 23 años más tarde, no logran realizarse en toda su dimensión. “...El CEIAS no ayudó a sus graduados, ni a los servicios ni a la población a organizar respuestas adecuadas y posibles para cambiar esta realidad” (OPS, 2002). Probablemente por ello su búsqueda no cejó. Generó una nueva experiencia en la Universidad Nacional de Loja, donde la MAPASU-2 (II Maestría de Salud Pública de la Universidad de Loja) “intentó interpretar el accionar sin dejar de lado la teoría que le ayudaría a explicar dicha acción”. A su criterio, el contexto del mercado educativo de la década del noventa, aparecería como el gran riesgo

de debilitar el avance teórico de esta maestría y probablemente el peligro de ser “engullida por este mercado” (op. cit.).

En este recorrido siempre está la indagación permanente del intelectual ligado a los servicios de salud, queriendo transformarlos a partir del quehacer distinto y comprometido de sus operadores. Por eso es posible que, en el fondo, la búsqueda permanente de Granda en su docencia fuera, por un lado, descifrar el nuevo rol del salubrista, y por el otro, con esa imagen, construir con sus estudiantes la trayectoria de sí mismos. Esa ruta, él la definió como un transitar desde “el salubrista interventor-técnico normativo hacia el salubrista intérprete e intermediador” (MSP/OPS, 2009,150-170).

Ese tránsito implicaba dirigir la mirada sobre actores individuales y sociales que construyen su salud y su vida en su diario vivir. Allí, decía Edmundo, el salubrista juega dos papeles. Uno, interpretando las maneras cómo los actores construyen sus saberes y desarrollan las acciones relacionadas con la salud y también con la enfermedad. Otro, intermediando con los ámbitos científicos, políticos y económicos para apoyar la elevación de los niveles de vida y de salud. El núcleo de su pensamiento era: trabajar por la salud y no por la enfermedad, lo que traía también modificaciones teórico metodológicas en las que se embarcó para poder utilizar la metódica en la aprehensión de la realidad de los servicios, en su transformación y en la formación en el trabajo.

Allí quizás están también sus grandes aportes: cómo diseñar la metódica de la transformación. Cómo colocar a la educación en el corazón mismo de los procesos de trabajo. Cómo desalienar al trabajador de la salud y mantenerlo alerta, analizando, proponiendo, cuidando y atendiendo a la salud de los colectivos.

Sin embargo, si tan solo hubiese sido este su objetivo, estaríamos dejando de lado aquello que hace que hoy sus compañeros y sus ex estudian-

tes lo quieran tener vivo, a su lado, para reflexionar el presente, para emprender proyectos imposibles mirando las formas por donde podrían hacerse realidad.

Construir seres humanos

En la estrategia de Edmundo Granda, la construcción de estos actores sociales que mediarían en los servicios hacia la transformación, estuvo cargada de una inmensa humanidad. Transformar al otro con ternura, sin temor a ser duro pero nunca arrogante. Quizás esa fue la máxima enseñanza para aquellos que educamos aprendiendo de nuestros estudiantes.

Granda, a criterio de sus alumnos, “tenía un talento inigualable para sacar lo mejor de ellos mismos, él iba por el lado que no lográbamos ver y que era el preciso. Un mentor que sabe qué hacer en una situación determinada para cambiar el rumbo. Riguroso y disciplinado con la producción de lo que él hacía, a pesar de su estado de salud, mental o psicológico del momento”. Mónica Padilla –su alumna y colega en OPS- recuerda que en la última presentación a la que ella asistió, Granda afirmó que “había que cambiar tres cosas: la mirada, la interpretación y la acción. La acción debería crear la institucionalización” (Testimonio, 2010).

Cuando se indaga sobre sus características docentes, salta en primer lugar esa imbricación natural –para él- entre su sabiduría y su sencillez. Esa humanidad de la que todos y todas podemos traer evidencias partía de “una capacidad única y profunda para sacar al otro. No importaba si ese otro estaba equivocado o en desacuerdo, Edmundo lo usaba para seguir con el trabajo” (Padilla, Op.cit).

Una segunda característica de Granda fue su capacidad para crear grupos. “Quería dejar huella en las personas para que aprendamos a caminar juntos, dando elementos para trabajar por lo que

queríamos y debíamos trabajar. Eso hizo con nosotros. Edmundo tenía la capacidad de hacer crecer a la gente junta y estando feliz; era un líder nato” (Segovia, Rocío, 2010).

Otra de sus peculiaridades era su “formidable capacidad de entrega que no he visto en nadie; él se entregaba naturalmente y eso marcó a la gente que lo rodeaba, por eso era muy querido. Todas las críticas que nos daba eran constructivas y nos ayudaba a reflexionar con el conocimiento y hacia donde podíamos mejorar” (Puente, Eduardo, 2010).

“A mí me impactó su solidaridad, en tantas cosas que caminamos juntos. Otra característica que me emocionaba era la forma de enfrentar las cosas, enfrentar lo que no le gustaba y tomar el toro por los cuernos con una sensibilidad y una elegante forma de decir, siempre buscando salidas y alternativas” (Calahorrano, Narcisa, 2010).

También, desde su sabiduría, el amar mucho al país, buscar que salga adelante, lo cual lo logró con la salud pública, y que salga y se posicione a su vez en Latinoamérica (Padilla Mónica, 2010).

Por mirar al otro y ponerse en el lugar del otro, tenía, con sus estudiantes, la capacidad para darse cuenta cuando uno estaba mal o tenía problemas, y se involucraba para ayudarte; tenía una facilidad para que tú puedas comentarle cómo te sentías. “Uno tiene que aprender a amar y a soportar el dolor”, nos decía (Segovia Rocío, 2010).

Las vivencias: ¿quién era el maestro Edmundo Granda?

“Desde 1982, de estudiante de medicina ya había oído hablar y leído algo de él. Fue en un taller de Metodología de la Investigación que lo vi por primera vez con su pantalón y saco negros, talla única (muchas veces más lo vi con el mismo traje). Luego me entrevisté con él en su oficina del CEAS, me

nombró una serie de autores y de enrevesadas teorías, que me dejó loco (por alguna razón siempre me han atraído las teorías enrevesadas). El caso es que desde ese momento me planteé como objetivo entrar al Curso de Especialización en Investigación y Administración en Salud (CEIAS). ¿Qué recuerdo más del Edmundo? Creo que sus gestos cuando se esforzaba por comunicar algo. Parecía como si quisiera expresarlo con todo su cuerpo, con todo su ser, con la vida, como él decía.” César Chalén, Ancón, 23 diciembre, 2010.

“Yo siempre me pregunté cómo fue que el Edmundo me subió al tren de su vida, en donde estaban sus colegas, estudiantes, autores, pensadores. Tuvimos oportunidad de trabajar en muchísimos ámbitos, juntos. El vio en mí y yo en él una dimensión de conjunción. Él, intelectual, pensador, filósofo. Yo, una funcionaria del Ministerio de Salud, ligada a la práctica cotidiana... Yo fui una privilegiada por ser tomada en cuenta por Edmundo como una parte de su vida, y haber trabajado con él, un honor más. Efectivamente el Edmundo está presente aquí, y siempre lo necesitamos cuando hay los problemas más graves, ya que él nos hubiera ayudado o lo hubiera resuelto. Cada una de sus acciones ha marcado nuestras vidas, y la mía especialmente.” Magdalena Galindo, 2010.

“Cuando llegamos a la Maestría del CEIAS, sentimos que alguien nos había jalado la alfombra y no sabíamos en qué momento íbamos a tocar tierra. El trabajo del Edmundo era ponerte la tierra para que vayas aterrizando según las propias individualidades. No hacía que seas parte de su pensamiento, sino que vayas descubriendo lo que tú eras. Una de las cosas más lindas que escuché de Edmundo fue en una reunión de estudiantes, cuando él nos dijo que si algo teníamos que hacer cuando criticamos,

es criticar con cariño, así tengas que decir lo más duro, siempre que sea con cariño. No hagas sentir a la otra persona inferior o mal.” Rocío Segovia, Quito, diciembre, 2010.

Epílogo

Las voces de sus exalumnos y la aproximación a su quehacer como maestro demuestran cómo Edmundo Granda, durante su vida, guardó una gran coherencia entre su ser social y su ser individual. Un intelectual militando por la salud pública. Ni divo ni prepotente, la antítesis de estos defectos –por eso mucho más brillante y suscitador- : un pensador de la salud pública, con una capacidad de cuestionamiento del sistema, un gran lector para actualizar su mirada y su práctica marxista del quehacer de la salud. Un pensador sin resquemores para incorporar a su reflexión la filosofía y el pensamiento de autores totalmente actuales. Edmundo tornaba permanentemente contemporánea a su mirada y eso transmitía. Por todas estas características, logró superar la visión cerrada, dogmática, del pensador pequeño, del activista de barricada, por la de un ser humano cuyo espacio vital es y será absolutamente difícil de ser llenado.

Granda fue un comprometido, no consigo mismo, sino con un mundo diferente, un mundo nuevo, creyendo en la formación de los seres humanos. Con una capacidad para, a su vez, ver las capacidades de los otros y marcarlos. Un provocador para romper la conformidad y tumultuar evoluciones hacia al mundo que él veía. Él fue la cometa que nos jalaba a todos para que lleguemos lo más alto posible...

Bibliografía

- CEIAS. VIII Curso de postgrado en Investigación y Administración, Ecuador, 1990. Director: Edmundo Granda.
- OPS-OMS. Granda, Edmundo, et al. (2002). La formación en salud pública en el Ecuador. En: El cóndor, la serpiente y el colibrí. Cuenca.
- Granda, Edmundo (2009). La salud y La vida, volumen 2. Quito.
- Granda, Edmundo (2007). Salud y globalización. En: La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas., Quito.

Entrevistas

- Calahorrano Narcisa, Directora de la Unidad del Adulto Mayor del MIESS.
- Chalén César, Director del Hospital de Ancón del IEES.
- Padilla Mónica, Consultora de RHUS de OPS-OMS para la región de Centroamérica.
- Puente Eduardo, Gerente de Recursos Humanos de la Empresa de OOPP del Distrito Metropolitano de Quito.
- Segovia Rocío, profesora de la ENE y del ISPSP de la Universidad Central.

Artículo 11

La influencia (política, estratégica y técnica) del pensamiento de Edmundo en la cooperación técnica de la OPS

Jorge Luis Prosperi¹

Introducción

Cuando recibí la invitación para contribuir con un artículo para el tomo III de la obra de Edmundo, específicamente sobre la *influencia* de su pensamiento en la cooperación técnica de OPS, mi primera idea fue buscar los documentos producidos por la organización en los últimos años y describirlos, descubriendo e identificando en ellos su pensamiento y sus aportes, ya fuera en forma de contribuciones directas “a y en” los equipos de trabajo que fueron en su momento responsables por dichos documentos, o bien, a través de su trabajo cotidiano en las oficinas de la OPS en los países y en las universidades a las que enriqueció con su legado. Pues bien, no me cabe duda de que este enfoque debe estar desarrollado, aunque siempre de forma incompleta, en el artículo, y así lo haré en su primera parte, que he denominado Edmundo el “Científico”.

No obstante, al releer algunos de los artículos de “El Mago” publicados en los Tomos I y II de su Obra, descubrí (o recordé) lo que ya mi corazón y mi mente me decían, y es que la influencia

mayor de Edmundo no se observa en los documentos, resoluciones, procesos, metodologías, herramientas, etc., a las cuales él aportó en forma directa o indirecta. Su influencia profunda y, sobre todo permanente, se presenta contundente, a través de su ejemplo y su código de vida, en las personas que tuvimos la oportunidad de conocerlo, trabajar con él y enriquecernos con su sola presencia, con sus ejemplos, con su modo humilde y solidario de “acompañar bien”, como sabía decirnos.

Pues bien; será con estos argumentos, teniendo como referentes los valores y principios que guiaban la vida y el comportamiento de Edmundo, que desarrollaré en la segunda parte de este artículo: la influencia del “Mago” en la vida y quehaceres de los compañeros y compañeras que, influidos por su pensamiento, “intentamos ser” Edmundo cada día. Este es, en mi opinión, su mayor aporte, y es, como si fuera poco, la grandeza que lo mantendrá vivo por siempre.

Finalmente agradezco las atinadas contribuciones de Mónica Padilla y Diego Victoria, que me

1 **Jorge Luis Prosperi.** Panameño. Doctor en medicina con especialidad en Pediatría, en la Universidad Nacional de Panamá. Maestría en salud pública con especialización en organización, planificación y administración de servicios de salud en la Universidad Nacional de Panamá. A partir de 1992 inicia su carrera en la OPS en el Área de Sistemas y Servicios de Salud. Ha sido representante de la OPS en Ecuador y actualmente es Representante de la OPS en Nicaragua.

ayudaron a construir el “hilo conductor” del artículo, aportando a la descripción de la influencia de Edmundo como el “Científico” y el “Mago”²

I. Edmundo el “científico”

Debo comenzar esta primera parte poniendo en el más alto relieve el liderazgo continental de Edmundo entre los científicos y expertos (poseedores del saber) de la medicina social, la salud pública, la investigación y la bioética, y el desarrollo de los recursos humanos; y destacar, para ubicar su contribución, que este liderazgo, basado en la profundidad de su pensamiento, su humildad y solidaridad, se produce sin ocupar ninguna posición de poder, lo cual lo hace más meritorio, y sobre todo muy difícil, si no imposible, de alcanzar, pues no es muy propio de la condición humana aceptar y abrazar las ideas y recomendaciones de quien no es el jefe nominal.

Así pues, desde Loja, Cuenca, Quito, La Habana, Washington, o donde estuviera, el “científico” fue convocado y escuchado como “Gran Druida”³ y fue capaz, gracias a su habilidad maravillosa para “sacar lo mejor de cada uno”, de aglutinar en torno a muchas ideas fuerza suyas, el conjunto de voluntades de nuestra burocracia institucional, a veces cruzadas por los personalismos, colocando como centro el famoso “bien común”, nuestro *sumak kausay* ⁴, contribuyendo en los siguientes espacios, entre otros.

1. El pensamiento de Edmundo⁵ en los documentos de trabajo y Resoluciones de la OPS en los últimos diez años⁶

Los tres mandatos de la Resolución CD43.R6 “Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en el sector salud” son, sin lugar a dudas, tres áreas en las cuales el aporte

de Granda ha sido reconocido universalmente. Veamos:

- Otorgar mayor prioridad a las políticas de desarrollo de recursos humanos en los procesos de reforma sectorial, en general, y a la gestión de recursos humanos en los servicios de salud, en particular, movilizandomecanismos para sensibilizar y comprometer a los dirigentes sectoriales y a otros actores relevantes para tal fin, integrando la gestión del personal en la gestión integral de los servicios de salud;
- Participar activamente en la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos, facilitando en cada país la constitución de grupos intersectoriales e interinstitucionales para el análisis de la situación, la producción de información esencial y la formulación de propuestas en materia de política, regulación y gestión de los recursos humanos, y
- Fomentar activamente la participación del personal de enfermería, el personal médico y otros profesionales de la salud en la preparación de políticas y programas nacionales de recursos humanos, dados los valiosos conocimientos y experiencia con la que estos profesionales pueden contribuir a los procesos nacionales de reforma del sector sanitario.

Lo mismo es mucho más evidente con los mandatos de la Resolución CD45/R9 “Observatorio de Recursos Humanos de Salud”. Sorprendámonos de la contundencia del reflejo de su pensamiento cuando la resolución solicita a los gobiernos a que:

- aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes a la meta de acceso universal a servicios de salud de buena calidad y al logro de la equidad en materia de salud;

- ejerzan el liderazgo eficaz mediante el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos, y que promuevan la participación activa de los interesados directos pertinentes en todas las fases de la formulación de políticas;
- inviertan en el desarrollo de recursos humanos para apoyar la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, como aportación decisiva para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- exploren maneras de abordar mejor los aspectos complejos de la contratación activa de profesionales de la salud de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada;
- intensifiquen su participación en el Observatorio de Recursos Humanos de Salud como una estrategia apropiada para definir las prioridades y formular políticas sostenibles.

Otro tanto se hace evidente en la Resolución de la Conferencia Panamericana de la Salud 2007 CSP27/R7 “Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 - 2015”, en la cual, luego de analizar la pertinencia de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada para alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, insta a los gobiernos a que:

- consideren la elaboración de planes nacionales de acción de recursos humanos para la salud, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento, con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades subatendidas;
- establezcan en el Ministerio de Salud una estructura específica que se encargue de la

2 El término Mago proviene del persa antiguo *maguš* por mediación del griego *μάγος* y finalmente del latín *magus*. El sentido original de la palabra *Mago* se refería a los integrantes de una tribu de Media y luego a los sacerdotes persas. Ya en el siglo I fueron reconocidos como hombres sabios y adivinos. Magia (del latín *magia*, derivado a su vez del griego *μαγεία*, de la raíz persa antigua casta sacerdotal *magh* “ser capaz” y “tener poder”) es el arte con el que, mediante conocimientos y prácticas, se pretende producir resultados contrarios a las leyes naturales conocidas, valiéndose de ciertos actos o palabras, o bien con la intervención de seres fantásticos. *En el caso de Edmundo, estos “seres” se resumen en su compromiso inquebrantable contra el paradigma capitalista dominante y su nefasta influencia en la salud pública “moderna”.*

3 La procedencia de la palabra “Druida” es muy debatida. El Dr. O’Hogain supone que deriva de la palabra celta para “rico en conocimientos”, mientras que otros aseguran que ha derivado de *drus*, la palabra celta para roble. Otra teoría finalmente lo relaciona con *dru* (cuidadoso, a fondo) y *uid* (saber). Los druidas se presentan a menudo como sacerdotes de la religión celta, pero su papel envolvía muchos aspectos más. Los druidas formaban una clase social independiente, representando la clase intelectual de la sociedad. Aunque también desempeñaban funciones religiosas, no se limitaban a ellas. Eran, entre otras cosas, bardos, médicos, astrónomos, filósofos y magos. *Como se puede ver, Edmundo era todo eso “a la vez”.*

4 Concepto indígena de sustentabilidad y paradigma alternativo al desarrollo.

5 Aunque me refiero “al pensamiento de Edmundo”, es evidente y de justicia esclarecer que en estas Resoluciones está claramente presente el pensamiento de los hombres y mujeres que han integrado el equipo de RRHH de la OPS en los últimos 20 años, entre los cuales, como ya señalé, Edmundo ejerció un liderazgo basado en su ejemplo, su ética y su sapiencia reconocida.

6 En la página web de OPS, fuente oficial de las Resoluciones y Documentos de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización, no existe información disponible sobre documentos anteriores a 1998.

- dirección estratégica de la planificación y las políticas relativas a los recursos humanos, de promover la convergencia adecuada con las políticas de los sistemas y servicios de salud, y de velar por la coordinación intersectorial;
- procuren que se forme una masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados;
 - comprometan a lograr las metas regionales propuestas para recursos humanos para la salud en 2007-2015 e intensifiquen la cooperación técnica y financiera entre los países hacia ese mismo fin.

Finalmente haré referencia al Documento y propuesta de Resolución del Consejo Ejecutivo 146, CE146/16 “Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria”

La Resolución, que casi parece un “homenaje póstumo” a más de dos años de la partida del “Mago”, inicia describiendo el proceso de revaloración del papel del Estado, en el transcurso de la pasada década, en la formulación de políticas sociales orientadas a reducir la pobreza y las inequidades, y reconoce la importancia del sector público en la implementación de estas políticas. Describe las estrategias propuestas, destacando el fortalecimiento de las capacidades de liderazgo, de conducción, de gestión y de prestación de servicios requeridos para la renovación de la atención primaria de salud, la operación de redes integradas de servicios y el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública. Para su instrumentación, se propone una intensa utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y, como era de esperarse, el fortalecimiento del enfoque de educación permanente y los conceptos redes, recursos y plataformas abiertas de aprendizaje. Veamos lo que se propone:

- que los Estados reiteren su compromiso con el logro de las Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 y el desarrollo de planes nacionales de recursos humanos en concertación con los sectores y actores sociales relevantes;
- que establezcan mecanismos y modalidades de coordinación y de cooperación con las instancias nacionales encargadas de la educación y con las instituciones académicas para promover una mayor convergencia de los perfiles y competencias de los futuros profesionales con las orientaciones y necesidades del sector salud;
- que formulen una política de aprendizaje que incluya el aprendizaje por medios virtuales dirigida a todos los niveles y entidades del sistema de salud, así como la definición de marcos de competencia para los equipos de salud familiar y comunitaria, con especial énfasis en la interculturalidad;
- que adopten la estrategia de redes de aprendizaje (*e-Learning*) con el enfoque de educación permanente, haciendo uso de las tecnologías de información y comunicación orientadas a la transformación de las prácticas de salud vigentes y del comportamiento institucional;
- que promuevan, entre los países y territorios de la región, la producción e intercambio de recursos abiertos de aprendizaje y de experiencias, con carácter de bienes públicos.

2. El pensamiento de Edmundo en los procesos de desarrollo de los recursos humanos, en la investigación y en la bioética

La influencia de Edmundo es muy clara desde la concepción misma del programa hasta el día de hoy. Él es uno de los pioneros desde que Juan Cesar García inicia con la medicina social, y Edmundo coloca un pie en la “Formación de gente”, un proceso clave en su historia y la nuestra.

Baste citar⁷ en este acápite su experiencia como “Druida” formador de recursos humanos, por casi cuarenta años, desde sus inicios en 1969 en la Universidad de Cuenca:

- Profesor de Sociología Médica, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Profesor de Administración de Salud, Metodología de la Investigación Científica, Epidemiología y Ciencias Sociales en Salud, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
- Coordinador del Curso de Postgrado en Investigación y Administración de Salud, Escuela de Graduados, Universidad Central del Ecuador.
- Director del Curso de Postgrado en Investigación y Administración de Salud, Escuela de Graduados, Universidad Central del Ecuador.
- Director de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
- Docente de Administración, Metodología de la Investigación, Epidemiología y Ciencias Sociales y Salud, Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador.
- Docente de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Loja.
- Docente invitado en Investigación, Epidemiología, Ciencias Sociales en Salud, Planificación y Administración en Salud en Cursos de Postgrados de las distintas universidades del Ecuador.
- Participación en la planificación de las Maestrías en Salud Pública o Medicina Social de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. Maestría de Medicina Social, Universidad de Xochimilco, Méxi-

co. INCAP, Guatemala. Facultad de Enfermería y Facultad de Salud Pública, Universidad de Medellín. Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia. Universidad de Costa Rica. Universidad de Bahía, Brasil. Universidad de Barquisimeto y Universidad de Carabobo-Corposalud, Aragua, Escuela de Malariología, Venezuela. Centro de Salud Pública, Universidad Cayetano Heredia, Perú.

- Docente en Investigación, Epidemiología, Planificación en Salud, Ciencias Sociales y Salud en Maestrías de Salud Pública, Medicina Social u Odontología Social de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, México, Colombia, Venezuela, Brasil, Perú, Bolivia, Cuba y República Dominicana.

En el campo de la investigación, Edmundo nos ofrece su aporte epistemológico desde “Los Otros”, la afirmación sobre desde dónde investigar, y quién investiga lo que no se ve; no la verdad sino “Las verdades”. Nos dice que *“la investigación científica comprometida tiene que avanzar como contradiscurso, en lucha contra el saber dominante positivo o normal, y ocupar su lugar, pero al mismo tiempo, debe defender los espacios que va conquistando, impidiendo su deformación”*.⁸

Me limito, por falta de espacio y de conocimientos, a enunciar su participación como director, investigador principal o asociado en más de cincuenta proyectos de investigación sobre epidemiología de la mortalidad materna, mortalidad infantil, salud de la mujer, salud del trabajador, distribución de la salud-enfermedad. En estudios evaluativos de servicios y acciones de salud, nuevas propuestas administrativas; estudios sobre epistemología y teoría en salud; estudios sobre Ciencias Sociales en Salud en el Ecuador y en países de América Latina.

⁷ Es fiel transcripción del currículum del Dr. Granda, publicado en el Volumen 1 de su Obra: “La Salud y la Vida”.

⁸ “Compromiso social de la investigación en salud”. Ponencia presentada en la Universidad de Antioquia, (Martes del Paraninfo), Medellín; agosto 28 de 1990.

3. El pensamiento de Edmundo en la Representación de OPS de Ecuador

En sentido estricto, la influencia de Edmundo en la Representación de OPS de Ecuador, se encuentra en todos nuestros planes de trabajo y actividades de cooperación desde que Edmundo se suma a su equipo en 1996, para asumir la función “oficial” de profesional nacional a cargo de Recursos Humanos, Investigación y Bioética en la Representación de la OPS/OMS en Ecuador, y me consta que en esos documentos está su rúbrica. Pero resulta que Edmundo fue además asesor de Políticas, Sistemas y Servicios de Salud y de Representantes y Ministros, lo cual igualmente me consta y también está plasmado para siempre, como homenaje a su memoria, en los mismos documentos y en nuestras políticas, reglamentos, normas.

Aunque necesitaríamos un Tomo IV para desmenuzar sus aportes en estos planes y actividades, y escapa a este artículo esa tarea, solo enuncio algunos procesos de cooperación técnica, críticos y vitales para el país y la región, desarrollados con el liderazgo (siempre informal, desde la sencillez que lo caracterizó) de Edmundo: la formulación de la Ley Orgánica del Sistema de Salud el Ecuador, la creación y el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud, la organización exitosa de cuatro Congresos por la Salud y la Vida y, finalmente, la creación de la nueva Constitución del Ecuador.

Dicho esto, intentaré, en esta parte de la tarea que me han encomendado, rescatar algunos

procesos que merecen especial atención por ser coyunturales para el desarrollo de nuestro cotidiano quehacer, y que no se hubieran dado sin la influencia de Granda. Veamos:

El primero es la adecuación e implementación de la metodología de *Grupos Óptimos*, que ha sido un referente continental, por lo que merece destacar a estas alturas algunas “ideas fuerza” de la propuesta, desarrolladas con detalle en el libro *“Grupos Óptimos: un modelo de gestión participativa para el desarrollo institucional de las representaciones y centros de la OPS/OMS”*.⁹

A partir de la propuesta del “aprendizaje en la acción” basada en los aportes de varios autores, Edmundo Granda y Jaime Borja hacen una adaptación que, sustentada en el trabajo en equipo y en el aprendizaje como forma de apoyar el proceso de alineamiento técnico y administrativo para la ejecución de la Estrategia de Cooperación con los gobiernos, permite la práctica diaria del análisis y de la discusión colectiva como espacio de aprendizaje, valorando la comunicación entre sus funcionarios y socios nacionales. El principal objetivo es incrementar la capacidad productiva de la cooperación técnica, fortalecer la comunicación, reforzar valores institucionales, impulsar el desarrollo de competencias centrales y de gestión, y estimular la ejecución participativa de los planes de desarrollo institucionales¹⁰.

El ejercicio conciliador de su rol de “Ombudsman”¹¹ en la mediación de conflictos de personal.

No entraré en detalles porque le ética me lo impide, pero sí reconozco que sería largo describir las múltiples ocasiones en las que la “mediación” de Edmundo fue coyuntural para recibir, investigar y abordar informalmente quejas presentadas por el personal de la OPS y para formular recomendaciones de forma independiente e imparcial. Su liderazgo, integridad y confidencialidad, permitieron ayudar al personal y a la Organización a resolver los problemas y las quejas en relación con las condiciones de contratación, condiciones de trabajo y relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. Esta “solución de problemas” fue uno de los pilares para mejorar el entorno de trabajo organizacional, contribuyó a fortalecer con respeto e igualdad la dirección acertada de la administración de personal, y promovió, por ende, una mayor eficiencia organizacional y operacional, admitida y felicitada por propios y extraños, internos y externos en todos los escenarios.

II. Edmundo el “mago”

Como ya señalé en mi introducción, intentaré describir la influencia del “mago” en la vida y quehaceres de los compañeros y compañeras que lo conocimos, trabajamos con él y/o hemos tenido la oportunidad de leer su obra, porque *“Edmundo es un ser que permanecerá en la vitalidad de su producción en las personas que formó y cultivó valores, sueños, compromisos y esperanza; en los procesos de cambio y construcción social que apoyó y en los que estamos insertos”*¹².

Señalo de entrada que a Edmundo y a los que partiremos después a hacerle compañía, *“nos faltó tiempo”* para disfrutar y aprehender de su

compañía, por lo que este intento de describir la influencia del “Mago” en nosotros, quedará limitado al tiempo que tuve la dicha de compartir con mi amigo y hermano Edmundo, un ser humano inigualable.

Vayamos pues, a los valores y principios que vivió y cultivó Edmundo, e intentemos “hacerlos nuestros”.

Aunque para Edmundo la Vida y la Dignidad humana fueron valores fundamentales, ubicados en el centro mismo de su pensamiento, su discurso y su obra, como señalaré más adelante, tengo por fuerza que reconocer de entrada y para siempre, que Edmundo fue, primero que todo, un hombre alegre, honesto, humilde, leal, responsable, sencillo, solidario y con una incomparable vocación de servicio. Intentemos mirar a Edmundo en estos valores, sin cerrar el debate, pues estoy seguro que muchos de los amigos del “Mago” podrán aportar con más solvencia anécdotas, hechos, que enriquezcan la propuesta.

La Alegría de Edmundo la disfrutamos a través del amor que le puso al trabajo, todos los días, aún en sus horas difíciles, siempre buscando la forma de beneficiar a otras personas y, por consiguiente, a nuestra organización y al país.

La Honestidad y el compromiso de Edmundo se nos hace evidente en todas sus posiciones y escritos, desde los cuales eligió siempre actuar con base en la verdad y en la auténtica justicia. Miremos solo su participación en la organización de los movimientos indígenas ecuatorianos, que planteaban que el solidario de ayer puede transformarse, a través de un nuevo *Pachakutik* entre indios y mestizos, para accionar renovadas pro-

9 OPS (2009). “Grupos Óptimos: un modelo de gestión participativa para el desarrollo institucional de las representaciones y centros de la OPS/OMS”. Organización Panamericana de la Salud. Brasilia.

10 Idem.

11 El Defensor del Pueblo (del sueco ombudsman, *comisionado o representante*), es una autoridad del Estado encargada de garantizar los derechos de los ciudadanos ante abusos que puedan cometer los poderes ejecutivo y, en su caso, legislativo de ese mismo Estado. Algunos autores defienden que el Justicia de Aragón es el precursor del Defensor del Pueblo. El *ombudsman* procede de la Constitución sueca, que estableció dicha figura en 1809 para dar respuesta inmediata a los ciudadanos ante abusos de difícil solución por vía burocrática o judicial. De ahí que, en diversos

idiomas, se haga referencia a su nombre en sueco. En los países hispanohablantes se denomina comúnmente *Defensor del Pueblo*, mientras que en los países francófonos suele llamarse *Médiateur de la République* y en los catalanófonos *Síndic de Greuges*. Algunos países también lo han titulado *Defensor de los Ciudadanos*.

12 “Semblanza” de Edmundo en el Volumen I de la compilación de su obra *“La Salud y la Vida”*. Quito, Ecuador, noviembre de 2009.

puestas de organización del Estado y de la vida, para buscar en el *sumak kawsay* nuevas formas de organización política al servicio de una construcción humana igualitaria y equitativa¹³.

Los mismos valores, amén de su profundo conocimiento de la realidad, se evidencian cuando en su ponencia “Perspectivas de salud pública para el Siglo XXI¹⁴” afirma, refiriéndose a la salud pública, que no es posible llegar a un nuevo contrato social de la salud pública mirando la realidad solo desde la Epidemiología crítica. Y agrega: *“es fundamental partir desde las prácticas, verdades, etnicidades e intereses de esa población llana y simple con miras a interpretar dichos saberes pre-teóricos para ampliar, a través de la ciencia, las posibilidades de llegar a un enriquecimiento de la objetividad, de la politicidad y al fortalecimiento de la personalidad de los individuos que se conforman como actores y avanzan en su constitución de sujetos del conocimiento y de la acción”*.

Edmundo supo ser un hombre humilde en todos las facetas de su vida, nunca deseó protagonismo alguno, siempre supo eliminar de su pensamiento y de su léxico el “yo” y el “mío”, como lo verifica la gran cantidad de libros y artículos en los que aparece como “co-autor” o sencillamente no figura, a pesar de que todos sabemos que era el autor intelectual (y muchas veces material) del escrito, proceso, intervención o lo que fuera. Antes de entrar en la “recta final” de este artículo, refiriéndome brevemente la “metáfora de la vida” como el eje y motor del pensamiento de Edmundo, le voy a dedicar un párrafo a un valor que supo cultivar e inculcarlos Edmundo. Se trata de la Solidaridad.

Para acercarme a los rasgos de Edmundo que lo hacían un ser humano solidario, me apoyaré en los principios generales que la autora Tere-

sa Valentí menciona en su libro “Saboreando la Palabra¹⁵”, que se debe tener para ser una persona solidaria. Dejo que el lector juzgue cómo Edmundo encaja en cada uno de los argumentos. Veamos:

- Salir de sí: implica hacerse disponible para los otros, dar del propio tiempo, de nuestros bienes culturales y hasta materiales para el bien de otros.
- Comprender al otro: Dar no basta. Hay que hacer un esfuerzo para “entrar en comunión con el otro”, intentando ponerse en su lugar, y así crear una “empatía” con el “otro”.
- Tomar al otro sobre sí: tomar la decisión de ayudarlo a resolver sus problemas, y acompañarlo en el proceso.
- Darse al otro: entregar, no solamente cosas, sino nuestro amor, la convicción de que “ayudo a mi hermano”. Esta es la diferencia fundamental entre los que se limitan a decir: “me da pena tal caso” y los que se deciden, como Edmundo siempre, a dar lo mejor de sí para resolver el problema del otro.
- Ser fiel al otro: introducir esa persona en la propia conciencia como “alguien” importante todas las veces.

Finalmente, quiero referirme a la importancia de la “Vida” y la “Dignidad humana” en la vida de Edmundo y en toda su producción. Y para ello citaré a continuación algunos contenidos de su obra que considero trascendentales para entender y aceptar la propuesta de la “Vida” frente a la “Enfermología Pública”, y espero de corazón que nos “ayuden” en la construcción de la salud pública “diferente” y “renovada, humana y solidaria que necesitamos”. Miremos solo dos párrafos y aprehendamos de Edmundo cuando afirma en “En Salud pública e identidad”¹⁶ que la “Metáfora de la Vida” ya estaba desarrollándose

en experiencias como los “Municipios Saludables”, “Frentes por la Salud y la Vida”, “Consejos Locales de Salud”, “Organizaciones por la Salud y la Naturaleza” (yo agrego “Rostros, Voces y Lugares”), etc., y propone, en contraposición de la “enfermología pública”, la construcción de una “nueva” salud pública, construida sobre un trípode diferente¹⁷:

1. El presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida.
2. Un método que integra diversas metáforas, que hace variadas hermenéuticas (interpretaciones) pero con un importante peso de la metáfora del “poder de la vida”.
3. El poder de la identidad: el poder del individuo, de la “tribu” de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, conminan al Estado a cumplir su deber y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

Concluyo esta primera aproximación a la “influencia” del “*magos*” sobre nosotros y sobre la OPS, citando la parte final de su conclusión en “El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico¹⁸”, el último aporte de Edmundo. Veamos y no olvidemos:

“En resumen, considero que la posibilidad de construir una presencia diferente y comprometida por parte de la salud pública en este momento de “pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico” parece no radicar en escoger un camino que la lleve hacia una supuesta verdad; es por esto que, al intentar caminar como práctica social/disciplina/función estatal, es fundamental que reconozca que:

- Los saberes y las prácticas deben relacionarse con la vida en su complejidad, diversidad y eterna temporalidad.
- Sus teorías, métodos y técnicas vendrán de diversas disciplinas (epidemiología, gestión, ciencias sociales, ecología).
- El sentido común esclarecido, junto con una ciencia prudente, serán los que posibiliten una “nueva configuración del saber que se aproxima a la ‘phronesis’ aristotélica¹⁹, o sea, un saber práctico que da sentido y orientación a la existencia y crea el hábito de decidir bien”.
- Su accionar no es ni podrá ser únicamente estatal, sino muy ligado al mundo de la vida individual y colectiva con miras siempre a forjar públicos o identidades por la salud que guíen y ejerzan control social sobre su salud, sobre las estructuras y sobre el Estado, para el cumplimiento de sus deberes en este campo”.

13 “Semblanza” de Edmundo en el Volumen I de la compilación de su obra “La Salud y la Vida”. Quito, Ecuador, noviembre de 2009.

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

15 “Saboreando la Palabra” Valentí Batlle, Teresa, m.c.j. (2003). *Saboreando la palabra*.

16 Ponencia presentada en el Foro “Modelos de Desarrollo, Espacio Urbano y Salud”, en Santa Fe de Bogotá, 29 y 30 de abril de 1999, auspiciado por la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

17 En contraposición al trípode sustentado en la creencia de que la salud se produce por descuento de la enfermedad.

18 Ponencia sustentada en el V Congreso Internacional de Salud Pública “Salud, Ambiente y Desarrollo: Un Reencuentro con los Temas Fundamentales de la Salud Pública”, 8 a 10 de noviembre de 2007, UC/UNL/OPS.

19 Phronesis (del griego: Φρόνησις) en la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles es la virtud del pensamiento moral, normalmente traducida como “sabiduría práctica”, a veces también como “prudencia”. A diferencia de la *Sofía*, la Frónesis es la habilidad para pensar cómo y por qué debemos actuar para cambiar las cosas, especialmente para cambiar nuestras vidas a mejor.

Artículo 12

La salud como derecho humano y la salud integral de las mujeres: ¿mandatos aún invisibles?

Yolanda Arango Panezo¹

Nota preliminar

Retomar – para la presente publicación - el tema sobre el derecho a la salud, lo decidí pues para Edmundo era un asunto de especial importancia a lo largo de sus luchas, que permanentemente se dieron en diversos escenarios y espacios latinoamericanos. Su defensa permanente, estaba de una u otra manera inscrita en sus escritos, cátedras y diálogos informales. Como ponente de la conferencia Juan César García en Cuba, explicitó “... *La coyuntura actual reclama de la salud colectiva un pensamiento lo suficientemente amplio como para interpretar y explicar la situación actual de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y la salud de las mayorías poblacionales – cada vez más deterioradas- 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 que, a su vez, sea capaz de tejer redes de cooperación internacional*”.²

Su reconocida, importante y significativa producción intelectual siempre acompañó mi labor docente universitaria. Era imposible no buscar nuevos aportes conceptuales o releer los trabajos de Edmundo para compartirlos en el ámbito académico, para citarlos en documentos, para sustentar una propuesta o simplemente para tenerlo cerca, iluminando ideas que revitalizaran las duras realidades marcadas por las muertes de millones de personas sumidas en la pobreza, el hambre y la injusticia. Seguirá siendo luz en la oscuridad, acompañamiento en la soledad, palabra certera en el silencio, enseñanzas desde la humildad y paz en ámbitos hostiles y en desencuentros irrespetuosos innecesarios.

Introducción

La salud como un derecho humano fundamental parece algo incuestionable. Ha sido reconocido por todos los organismos internacionales

1 **Yolanda Arango Panezo.** Colombiana. Tiene una licenciatura en Enfermería de la Universidad del Valle. Magíster en Salud Pública por el Instituto de Desarrollo de la Salud de La Habana. Dipomada en Sico-oncología. Es docente universitaria. Su trabajo en talleres de autocuidado con enfoque de equidad de género y desarrollo humano ha sido premiado por la Sociedad Americana de Cáncer. Pertenece a la Red de Género de ALAMES.

2 Granda, E. Salud: Globalización de la vida y la solidaridad. Conferencia Juan César García. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. Habana 3 al 7 de Julio de 2000. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. Editorial Caminos, Habana, Cuba.

de las Naciones Unidas, y desde hace más de 50 años, la Organización Mundial de la Salud - instancia que regula lo concerniente con este campo – así lo contempla en sus enunciados. Paradójicamente, cuando este derecho se reclama desde el ámbito de la salud integral femenina, aparecen delimitaciones, fisuras, controversias y desacuerdos para darle pleno reconocimiento. El contenido de la reflexión aquí recogida, podría ser socializado entre movimientos sociales que abogan por la salud en el país, en defensa de lo público, y reconocen la importancia del papel del Estado, así como su responsabilidad frente a la formulación de políticas sociales incluyentes. Actualmente, en Colombia, la población femenina representa un poco más de 22 millones de mujeres, que fundamentalmente se las reconoce desde el rol materno, tanto en los derechos consagrados en la Constitución del país de 1991, como en los programas que se priorizan en el ámbito de la salud pública.

En el presente documento, el asunto de los derechos humanos relacionados con la salud de las mujeres se aborda dentro varios ejes, enmarcados desde planteamientos de orden ético, político y filosófico dado que, a la luz de los debates de género, cobra significativa importancia la interrelación entre derechos/salud/mujer, trascendiendo el reduccionismo del ámbito exclusivo de la salud materna. De otra parte, como señala Granda, muchas voces conforman identidades en pro de sus derechos: *“Parece que en estos momentos hablan y gritan con más fuerza las “tribus” excluidas que intentan transformarse en sujetos sociales, públicos organizados o movimientos sociales.../.../...muchas de ellas proponen y convocan a buscar salidas más solidarias. Siempre parten de sentires diversos, hablan lenguajes distintos, se mueven con racionalidades diferentes...”*³.

Ejes de reflexión a partir de un enfoque de género:

Desde concepciones hegemónicas de desarrollo

“Cuando el afán de lucro de los participantes en el mercado se descontrola, desafía la ética de los pueblos y sacrifica el respeto por la justicia y los derechos humanos”

Informe Desarrollo Humano 1999

Entre las graves consecuencias derivadas del modelo de “desarrollo” prevalente en América Latina, están la exclusión social y las inequidades de orden económico, social, racial, étnico y de género que específicamente afectan a las mujeres. Dicha exclusión se ha reflejado en el orden de lo humano, geográfico, ambiental, tecnológico... Por tanto, sus efectos, para una inmensa mayoría de la humanidad, se traducen en pobreza, muertes, violencia, destrucción ecológica, desarraigo cultural, así como la violación de los derechos humanos. Este desfavorable saldo social puede considerarse como el más vergonzoso resultado del llamado “desarrollo” y sus políticas, denominadas en las últimas décadas “de ajuste estructural”, derivadas del endeudamiento forzado desde los países del sur, ante el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, para responder a la inmensa deuda externa, de trillones de dólares, adquirida con estas entidades.

Dichas políticas promulgadas, de corte neoliberal, han llevado a la reducción sustancial del papel del Estado, a la privatización de las entidades estatales, al predominio de los criterios eficientistas y a la lógica del mercado, que ha

permeado las instituciones estatales de bienes y servicios, bajo esquemas de competitividad y de gestión empresarial con ánimo de lucro. Bajo esta realidad que se vive, es pertinente retomar la pregunta de Granda: ¿dónde queda la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud?⁴

En la actualidad, es casi imposible, dentro del contexto de la globalización, desvincular el tema de la salud de los acuerdos en torno a los Tratados de Libre Comercio que afectarán políticas y normatividades logradas por movimientos sociales y especialmente por el feminismo, en lo referente a la salud de las mujeres. Estas fuerzas que están actuando en América Latina, reflejan nuevamente el peso hegemónico de la concepción del “desarrollo” desde referentes económicos. Bajo estos intereses, se excluyen los fundamentos éticos y filosóficos que propendan al logro de una convivencia humanamente respetuosa de sus derechos y de los beneficios necesarios para lograr una vida digna, donde el desarrollo humano sea privilegiado y se constituya en prioridad en la formulación de políticas públicas mundiales.

Desde la cultura patriarcal

De otra parte, esta cultura, legitimadora de relaciones sociales de dominación masculina y exclusión femenina, ha contribuido y acrecentado otras inequidades que han menoscabado la vida de las mujeres en todos los continentes, afectando los mundos de su intimidad y sexualidad. En particular, en lo concerniente al cuerpo de las mujeres, el patriarcalismo lo ha convertido en objeto y vehículo receptor de placer de otro, despojado de derechos y sin el pleno goce de la eroticidad, tan propia de la sensibilidad femenina.

Es así como se ha impedido el pleno derecho al disfrute de un cuerpo sexuado femenino, de la libertad por una sexualidad recreada sin finalidad exclusivamente coital, sin violencias, sin miedos, sin culpas, sin displacer, sin imposiciones de una maternidad obligada –concebida como identidad del ser mujer-. Dicha cultura ha impedido la concepción del cuerpo a la luz de una ética de amor propio y de derechos, que reivindicque la dignidad de las humanas. Éticas como señala María Ladi Londoño *“...que propendan por el respeto a la diferencia, la convivencia, la opción libre de la maternidad, los derechos sexuales y reproductivos, al disfrute de la intimidad y la vivencia de una sexualidad placentera, deseada, sin riesgos y re-creada desde múltiples manifestaciones”*.⁵

Desde los movimientos sociales y el feminismo

De otra parte, vertientes y utopías que conciben que “Un Mundo Nuevo es posible” (Foros Sociales Mundiales), apuntan a la libertad y dignidad tanto de mujeres como de hombres; luchan contra las exclusiones sociales por razones de género, raciales o étnicas; propenden a la protección de la biodiversidad del planeta, configurando, en su conjunto, movimientos contrahegemónicos sumamente importantes, al enfrentar a los grandes poderes de carácter económico, así como de fundamentalismos religiosos y/o políticos, que han dominado históricamente el mundo.

En este sentido, los aportes de organizaciones de mujeres, de muchas ONG, movimientos ecológicos, étnicos, raciales, indigenistas, conferencias mundiales de Mujer, Desarrollo, Población (México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985, Río de Janeiro 1992, El Cairo 1994, Beijing

3 Granda, E. La salud y la vida. Tomo I, Salud pública e identidad. En *Edmundo Granda: La Salud y La Vida, Tomo 1*. Ecuador 2009. p. 132

4 Granda, E. "Salud: Globalización de la vida y de la solidaridad", Op.cit.

5 Londoño Echeverry, M.L. (2002). Entre certezas e incertidumbres que no se contraponen. Fundación para la educación en salud y los derechos reproductivos de la mujer. Cali, Colombia.

1995, Nueva York 2005), políticas públicas de promoción de la salud, medicinas alternativas, Convenciones como la de la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), las de Defensa de los Derechos Humanos... han entrado con fuerza en el concierto mundial, especialmente desde los años sesenta. En particular, los movimientos feministas de todos los continentes han sido reconocidos como agrupaciones que, con una sostenida persistencia, han convocado a los estamentos internacionales, estadistas y líderes mundiales para pronunciarse en torno a lograr la equidad de género y el respeto de los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, Granda valoró enormemente *“los movimientos de resistencia feministas, que se proyectan ahora como movimientos genéricos que proponen formas generales de vida más humanas, que luchan por que las diferencias de género no se transformen en inequidades”*.⁶

A la luz de dichas luchas, particularmente los derechos sexuales y reproductivos han sido tema fundamental de las agendas feministas, en las más importantes reuniones internacionales como la de Población y Desarrollo del Cairo 1994, la IV Conferencia sobre Mujer en Beijing 1995, y la más reciente reunión sobre mujer Beijing+10, realizada en Nueva York en marzo de 2005.

Asimismo, grupos de mujeres: intelectuales, académicas, sindicalistas, políticas, historiadoras, escritoras, poetisas, han contribuido desde fundamentos teóricos de carácter filosófico, ético, político, sociológico, antropológico, histórico - entre otros-, a replantear los enfoques nefastos del patriarcalismo y su impacto en la vida de las mujeres, que las afecta en todos los ámbitos de su socialización, en especial en lo que concierne a su mundo íntimo de la sexualidad, al ejercicio de ciudadanía y al desarrollo de sus

capacidades, cada vez más reconocidas como un asunto medular en los planteamientos del desarrollo humano.

Desde los postulados de desarrollo humano

A comienzos de la década de los noventa, uno de los debates más importantes referido al tema del desarrollo fue la propuesta política y social en torno al desarrollo humano. Se trata de una concepción contrapuesta al enfoque económico prevalente y dominante en las políticas gubernamentales vigentes, que afectan sustancialmente las áreas sociales y tienen impacto negativo directo en la calidad de vida de millones de personas, con resultados de pauperización creciente, insalubridad, desempleo y violencias convocantes desde dolorosas confrontaciones bélicas propiciatorias de guerras “legitimadas” en contra del “terrorismo”.

En medio de este escenario, el desarrollo humano surge desde paradigmas centrados en el ser humano. *“El desarrollo humano engloba el florecimiento pleno y cabal de la capacidad humana y se destaca la importancia de poner a la gente (sus necesidades, aspiraciones y opciones) en el centro de las actividades del desarrollo... al ser humano se le atribuye la posibilidad y necesidad de participar activamente en los procesos de ampliación de sus propias oportunidades en distintas esferas: ingreso, conocimientos, vida prolongada, libertad, seguridad personal, participación comunitaria y derechos fundamentales”*.⁷

A partir de 1995, en los Informes de Desarrollo Humano se incluyó el análisis de la mujer y su situación, medida a través de indicadores como el índice de desarrollo relativo al género - IDG y el índice de potenciación de género - IPG. El primero ha contribuido a conocer aspectos rela-

tivos a la esperanza de vida, nivel de educación e ingresos, tomando en cuenta especificidades entre mujeres y hombres. El segundo mide las desigualdades de género en esferas claves de la participación económica, política y de la adopción de decisiones.

Constituyen, por lo tanto, un aporte significativo al análisis sobre las brechas de género, que continúan siendo muy significativas en todos los países, Igualmente aportan al debate de los derechos humanos de las mujeres, que configuran un asunto central en los eventos mundiales del presente siglo y de cara al futuro, bajo el liderazgo de los movimientos de mujeres, del feminismo y de organizaciones que también han luchado por otras reivindicaciones en torno a los derechos sociales, económicos, culturales, civiles y políticos. Entre estos aparecen con protagonismo cada vez mayor los movimientos indigenistas, los afrodescendientes y quienes abogan por la libre opción sexual; todos exigen derechos, respeto y libertad como principios fundantes para la dignificación de sus vidas.

Algunos acontecimientos históricos sobre los derechos humanos de las mujeres

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

*brindar la felicidad a todos”*⁸. Dolorosamente, la realidad se ha alejado de dichas creencias y utopías. Como se mencionaba, los movimientos sociales han tenido que apostarle a reivindicaciones sociales para lograr beneficios justos que protejan las condiciones de vida dignas y respetuosas.

Si bien desde el siglo XVIII las luchas de las mujeres han sido reconocidas por sus acciones y defensa de los derechos humanos, es en el siglo pasado cuando se suceden los mayores logros a nivel mundial. Haberles negado sus derechos ha sido un error histórico de nefastas consecuencias, que aún se hacen evidentes y se reflejan a través de numerosas inequidades tales como la reconocida feminización de la pobreza, salarios diferenciales, escasa participación en las esferas de poder político, sobrevaloración de la maternidad, violencias permitidas y silenciadas, uso y abuso de su cuerpo...

Las inequidades anteriormente señaladas y muchas más han conducido, tanto en el continente americano como en Europa, a que las mujeres emprendan luchas mundiales en procura de conquistas y reivindicaciones que progresivamente han tenido eco, reflejadas en la aprobación de legislaciones y normatividades desde su reconocimiento como institucionalidad jurídica, social y económica. En este sentido vale la pena resaltar, por su significado político y su trascendencia para la vida de las mujeres, los siguientes acontecimientos:

- La declaración del 8 de marzo como día internacional de la Mujer, aprobada en 1975 por las Naciones Unidas, fue un logro antecedido por la presión de miles de mujeres que ya habían reconocido esta declaración desde 1910, cuando se realizó la Primera Conferencia Internacional Femenina en Copenhague.

6 Granda, E. Salud pública e identidad. Op.cit., p.131
7 Desarrollo Humano. Cátedra de la UNESCO. Universidad de la Habana. 2004.

8 Granda, E. El sujeto, la ética y la salud. En *Edmundo Granda: La salud y la vida. Tomo I*. Imprenta Noción. Ecuador 2009; pp. 98.

- La creación de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) en 1928, que inició el camino para la institucionalidad de los derechos, cuyo primer paso fue realizar un estudio sobre la situación jurídica de las mujeres en el continente americano. Las resoluciones e instrumentos jurídicos contribuyeron a la adopción, especialmente en Latinoamérica, de la legislación laboral que protegiera los derechos de las mujeres en el trabajo y su derecho a la seguridad social. Constituye el primer ente generador de políticas hemisféricas sobre equidad e igualdad de género y promoción de los derechos humanos de la mujer.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada el 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es el primer instrumento internacional que incluye todos los derechos humanos de las mujeres explícita o implícitamente, al prohibir todas las formas de discriminación por razones de sexo. La CEDAW incluye los derechos consagrados en el marco de las Convenciones de la ONU, OIT y UNESCO.
- La Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, aprobada en 1994 en Belem do Pará, Brasil, se constituye a su vez en un instrumento específico para la protección de los derechos de la mujer, particularmente en cuanto a la violencia doméstica y la que se ejerce en el ámbito público contra las mujeres.
- El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) representa un buen ejemplo de la organización de las mujeres y del movimiento feminista en la defensa de los derechos humanos.
- Las diversas Conferencias Mundiales sobre Derechos Humanos llevadas a cabo en Teherán (1968) y en Viena (1993), así como las de la Mujer, Desarrollo y Población realizadas en México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985), El Cairo (1994) y Beijing (1995), han contribuido a promover y proteger los derechos humanos de las mujeres; a estrechar las relaciones internacionales en defensa de su dignidad y de medidas que protejan la vida, la salud y el bienestar desde posiciones éticas y políticas que han tenido -y siguen teniendo- resonancia mundial. Igualmente han abierto caminos para lograr nuevas legislaciones necesarias para superar inequidades de género de orden socio-económico, racial, étnico, territorial, que mundialmente siguen afectando profundamente a las mujeres.
- La Carta Andina para la Promoción y los Derechos Humanos (2002). *“Suscrita en Guayaquil por los presidentes Andinos, como iniciativa del Ecuador. Constituye un instrumento subregional que incorpora la doctrina internacional más reciente de protección de los Derechos Humanos. Si bien fue adoptada sin carácter vinculante, los países andinos la han incorporado a su legislación interna al aprobar mediante Decisión Comunitaria el Plan de Trabajo para la ejecución e implementación de la Carta desde Mayo del 2004”*⁹.
- La Declaración Final de Beijing+10 en marzo de 2005 reitera los contenidos del Plan de Acción Mundial (PAM) suscritos en El Cairo/94 y en la IV Conferencia Mundial de la Mujer Beijing 1995, donde los derechos de salud de la mujer fueron muy importantes, particularmente en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos. Cabe destacar que, especialmente la defensa de los asuntos de la sexualidad femenina, fue objeto de discusio-

nes fuertes ante las posiciones conservadoras de países como Estados Unidos y grupos fundamentalistas religiosos.

- El aporte de la Organización Panamericana de la Salud, al determinar la desagregación por sexo de las estadísticas sobre salud en los informes de países. Igualmente, sus publicaciones que, desde los estudios de género, han contribuido a estudiar especificidades de las causas de enfermar y morir entre las mujeres. La publicación científica #541 de 1994 “Género, Mujer y Salud” es un buen ejemplo, al haber abordado problemáticas como enfermedades crónicas, cáncer, desnutrición, tabaquismo, sida, violencia contra la mujer, así como mortalidad materna.

Reuniones Mundiales referidas a los derechos de las mujeres: Primer quinquenio del siglo XXI

Cumbre del Milenio de la ONU, 2000

Constituye una de las reuniones destacadas en los comienzos de siglo. Contó con la participación de gobernantes y representantes del más alto nivel procedentes de 190 países, quienes acordaron 18 metas, 8 objetivos y 48 indicadores para ser alcanzados al año 2015. Los siguientes 8 objetivos son las apuestas más importantes a alcanzar actualmente en el mundo; se reconocen como los Objetivos del Milenio - ODM, y representan para los países un norte en sus planes de desarrollo.

Sin embargo, es de destacar que, a pesar de haber sido uno de los eventos mundiales de la mayor importancia por su carácter político de cara al futuro, solo dos de los objetivos hacen explícita mención a las mujeres, enfatizando de nuevo en la salud desde el rol materno:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. **Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.**
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. **Mejorar la salud materna.**
6. Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del ambiente.
8. Fomentar una asociación para el desarrollo.

Vale la pena resaltar que la Declaración del Milenio ha sido fuertemente criticada por diversos organismos, movimientos políticos y líderes representantes del feminismo, quienes explicitan razones tales como:

- No hubo participación femenina que interviniera en los debates de fondo sobre los derechos de las mujeres.
- El marco de los derechos humanos se vio desplazado.
- No se tuvo una visión global sobre la igualdad entre los géneros, la equidad y el empoderamiento de las mujeres.
- Las mujeres fueron nuevamente reconocidas, en sus necesidades de salud, solo a través de su papel materno.
- No se plantea el derecho de las mujeres a ejercer control sobre su cuerpo.
- Prevalece un fundamento neoliberal, omitiendo el problema de la pobreza y las transformaciones estructurales.
- No se aborda la salud desde referentes integrales, ni se concibe la promoción de la salud como el marco rector de las políticas sanitarias del siglo.

Para el 28 de mayo de 2005, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas, con ocasión de cumplirse el primer quinquenio de la Declaración del Milenio (2000-2005), hizo un llamado con el tema de los derechos sexuales y reproductivos *“avanzando más allá de los Objetivos del Milenio”*. En dicha reunión se consideró que los

9 [http:// humanrightsmoreira.com/dhmaespanol.htm](http://humanrightsmoreira.com/dhmaespanol.htm)

Objetivos “retroceden en tanto el enfoque de género no es transversal a todos los objetivos y tampoco es reconocido como condición ineludible para el análisis y consecución de las metas establecidas. Solamente el Objetivo 3 señala explícitamente la necesidad de promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, centrándose, sin embargo, solo en su acceso a la educación, que es esencial en sí misma pero que por sí sola no asegura la autonomía y el poder de las mujeres para decidir sobre sus vidas”.¹⁰

Asimismo, se consideró como un hecho muy preocupante, que en la Declaración no se retomaran los acuerdos de la CEDAW (1979), de las Conferencias Mundiales, especialmente de El Cairo/94, ni del Plan de Acción Mundial - PAM de Beijing /95 reconocidos como eventos vitales en todos los asuntos que competen a los derechos humanos de las mujeres, y en lo concerniente a determinaciones políticas tendientes a transformar las históricas inequidades de género.

En lo que respecta a Colombia, en lo concerniente al Objetivo 3, en el documento muy reciente llamado “Las Regiones Colombianas Frente a los Objetivos del Milenio” publicado por DNP/PNUD en el 2004, se señala que: “durante la década del 90, la desigualdad de género todavía estaba lejos de los niveles de equidad anhelados... Los ingresos constituyen la mayor fuente de desigualdad de género. Las mujeres perciben ingresos inferiores a los devengados por los hombres y ese diferencial se amplió en el período 200-2003... mientras que la distribución de los puestos profesionales es casi equitativa, la categoría que incluye los cargos administrativos y profesionales muestra una reducción en la participación de las mujeres entre 1999 y 2001”.

En lo concerniente al Objetivo 5, se destaca que “a pesar de que la tasa de mortalidad materna ha

venido disminuyendo, al pasar de 100 a 98.6 por 100 mil nacidos vivos, entre 1998 y 2001, en el país las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto todavía implican grandes amenazas contra la vida y la salud de las mujeres. La tasa de incidencia más alta es para los grupos de mayor fecundidad de 20 a 29 años de edad. Cerca de 13% de las defunciones maternas se da antes de cumplir los 20 años.”

En cuanto a la mortalidad por cáncer cérvico-uterino, “más de la cuarta parte de las mujeres muertas por esta causa eran afiliadas al régimen contributivo y casi la mitad beneficiarias del régimen subsidiado; lo anterior significa que el 70% de las muertes se dieron en mujeres con acceso teórico a la detección temprana, dx y tto del evento y, en consecuencia, existen debilidades en la oferta de servicios y en el acceso a los mismos.”

Se mencionan estos datos pues hacen parte de los planteamientos destacados para enfrentar, como país, las acciones que respondan a los Objetivos del Milenio. La ausencia de un análisis desde una perspectiva de género en el citado documento es lamentable y preocupante, dada su mirada recortada frente a la dimensión de una cultura que aún propicia profundas y dolorosas realidades.

Beijing+10

Esta reunión se llevó a cabo en Nueva York entre el 28 de febrero y el 11 de marzo de 2005, como parte de la 49 Sesión de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW por su sigla en inglés). Estuvo enfocada sobre dos aspectos: a) Revisar la implementación de la Plataforma de Acción Mundial (PAM) acordada en Beijing 1995, y b) Revisar el documento de la Sesión Especial de la Asamblea General “Muje-

res 2000: Equidad de Género, Desarrollo y Paz para el siglo XXI”, emitido con ocasión de Beijing+5 y los Objetivos del Milenio.

El clima político de la reunión estuvo especialmente tenso por la posición de EE.UU y los grupos aliados fundamentalistas religiosos, respecto a los contenidos de la PAM, al desencadenar presiones para que se enmendara, en el documento final, todo lo relacionado con el tema del aborto y los derechos sexuales. Sin embargo, la Declaración final logró reafirmar los acuerdos del Plan de Acción Mundial de Beijing/95. Asimismo, promovió la defensa de los derechos humanos de las mujeres, y se reiteró la importancia en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

A modo de reflexiones preocupantes... pero reafirmativas desde alianzas convocantes, sueños incluyentes y renovadas utopías

“Pero estamos las otras, las que peleamos por relaciones pares y honradas”

Marcela Serrano

Autodeclararse las mujeres como sujetas de derechos constituye una explícita afirmación de su valoración, autoestima y reconocimiento de una ciudadanía ganada por medio de luchas históricas, durante varios siglos. Por tanto, cobra importancia la reciente afirmación de Rigoberta Manchú, en su intervención durante la reunión inaugural de Beijing+10, cuando manifestó que “La lucha de las mujeres no es de un solo momento, es un compromiso de vida”. Asimismo, la exhortación explícita de Granda, en su reflexión sobre el siglo XXI, vale la pena resaltarla:

“Una política que parte del plano comunicacional de los hombres y mujeres, viejos y niños que departen con miras al entendimiento, pero que en esa propia comunicación originan poderes, en tanto interrelación de voluntades. Poderes para mantener las verdades preteóricas que posibilitan crear la cultura y defender criterios de objetividad; para fortalecer las moralidades y eticidades que viabilizan uniones; para sostener y desarrollar las personalidades que ratifican las individualidades; y para desarrollar acciones.”¹¹

Al valorar los derechos humanos, por constituir principios que regulan las relaciones interhumanas, que dignifican universalmente la condición humana y esencialmente deben constituirse en mandatos y regulaciones éticas amparadas por las legislaciones en todos los países del mundo, es imposible negar el significado político que tienen para todas las mujeres.

Lograr la visibilización de las mujeres desde los derechos humanos, como una otra, en igualdad de condiciones en razón del género, es un imperativo ético y político que hay que seguir defendiendo, tanto en los espacios públicos como privados. Hacer parte de la generación de la cultura, de los avances de la humanidad, de las innumerables dinámicas sociales que regulan la vida, es contribuir significativamente al desarrollo del mundo, desde la concepción de lo humano.

Por tanto, en todos los espacios de convivencia, en las diversas manifestaciones de interrelación, en las múltiples formas desde donde la vida se teje, se piensa y se concreta, las mujeres tienen el derecho legítimo al ejercicio del poder para contribuir a construir un mundo mejor. En este sentido, las capacidades de las mujeres cobran importancia – partiendo de los preceptos y principios del desarrollo humano- en tanto

10 Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe. “Salud, derechos sexuales y reproductivos plenos. Avanzando más allá de los Objetivos del Milenio”. Revista Mujer y Salud, 1/2005.

11 Granda E. Perspectivas de la salud para el siglo XXI. En *Edmundo Granda: La salud y la vida*. Tomo 1. Imprenta Noción. Ecuador 2009; pp. 80.

contribuyen a replantear y a re-crear las relaciones ancestrales de dominación patriarcal aún prevalentes.

Desde la defensa de los derechos humanos de las mujeres y su empoderamiento, indiscutiblemente es posible construir nuevos nichos habitables, en donde la vida se nutra de nuevos valores, de éticas de convivencia, de sororidades sin las desigualdades e injusticias que hacen parte de un doloroso balance humano que ha afectado a millones de seres por razón de género, raza, credo, opciones sexuales, políticas o de credos, confinándolas a condiciones de vida inhumanas.¹²

“Un mundo mejor es posible,” y las mujeres tenemos el reto de contribuir a alcanzarlo desde alianzas con quienes convocan hacia la defensa de los derechos sociales, económicos, culturales, civiles, políticos, ya que estos contribuyen igualmente a la defensa de la naturaleza y a la protección de todas sus especies, postulan el desarrollo humano, propenden a la paz, la justicia social y el respeto a la dignidad humana.

Un futuro mejor puede alcanzarse desde la feminización de nuevas formas de ejercicio del poder no dominantes, de lenguajes inclusivos, de so-

roridades y encuentros convocantes que afiancen acuerdos y políticas en la defensa de todos los derechos, particularmente los declarados en procura de la salud integral de las mujeres.

Especialmente luchar por la defensa de los derechos sexuales es un gran desafío en este siglo, cuando poderes hegemónicos quieren perpetuar históricas y dolorosas opresiones que han afectado la vida de millones de mujeres e impedido el libre ejercicio de su sexualidad, el control de su propio cuerpo y el desarrollo pleno de su ciudadanía. La Cumbre del Milenio del 2000 –desde posiciones críticas– y Beijing+10/2005 han sido una clara demostración de las luchas que aún hoy acontecen y se enfrentan ante la fuerza de los poderes que niegan estos legítimos e inaplazables derechos humanos.

Finalmente, desde invitaciones sostenidas por Granda en sus numerosos escritos, exposiciones y cátedras universitarias, se retoma su pensamiento siempre considerado y valorado por su coherencia y vigencia: “*El derecho y la equidad como conquistas humanas globales siguen vigentes y tienen que ser parte de la reforma sanitaria. Aquellas seguirán teniendo vigencia mientras haya seres humanos reales; no pueden ser sustituidas por artificios económicos*”¹³

Bibliografía

- Arango Panezo, Y. (2003). Género y Desarrollo Humano: Fundamentos para pensar la salud y la sexualidad de las mujeres. Memorias XVI Congreso Mundial de Sexualidad. La Habana. Cuba.
- DNP/PNUD “Las Regiones Colombianas Frente a los Objetivos del Milenio”. Colombia, 2004
- Granda E. La salud y la vida. Tomo 1. Perspectivas de la salud para el siglo XXI. Ecuador 2009.
- Granda, Edmundo. (2009). El sujeto, la ética y la salud. En *Edmundo Granda Ugalde: La salud y la vida. Volumen 1*. Ecuador.
- Granda, Edmundo (2009). Salud pública e identidad. En *Edmundo Granda Ugalde: La salud y la vida. Volumen 1*. Ecuador.
- Granda, Edmundo. (2009). Globalización y reforma sanitaria. En *Edmundo Granda Ugalde: La salud y la vida. Volumen 2*. Ecuador 2009.
- Granda, Edmundo. Salud: Globalización de la vida y de la solidaridad. Conferencia Juan

César García. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. Habana, julio de 2000. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. Editorial Caminos, La Habana, Cuba.

- Londoño Echeverry, M.L. (2002). *Entre certezas e incertidumbres que no se contraponen*. Fundación para la educación en salud y los derechos reproductivos de la mujer. Cali, Colombia.
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. “Salud, Derechos sexuales y reproductivos Plenos. Avanzando más allá de los Objetivos del Milenio”. Revista Mujer y Salud. 1/2005.
- UNESCO (2004). Desarrollo Humano. Cátedra de la. Universidad de la Habana, Cuba.
- WEB: [http:// humanrightsmoreira.com/dh-ma espanol.htm](http://humanrightsmoreira.com/dh-ma espanol.htm)

12 Arango Panezo, Y. Género y Desarrollo Humano: Fundamentos para pensar la salud y la sexualidad de las mujeres. Memorias XVI Congreso Mundial de Sexualidad. La Habana. Cuba 2003.

13 Granda, E. Globalización y reforma sanitaria. En *Edmundo Granda: La salud y la vida*. Volumen 2. Imprenta Noción. Ecuador 2009; pp. 252.

Artículo 13

Abriendo caminos en salud pública, educación e interculturalidad. Una experiencia en Colombia

María Clara Quintero, Olga Patricia Torrado, María del Carmen Urrea¹

Edmundo Granda, un constructor en la ruta del diálogo de saberes, como fundamento en la educación comunitaria intercultural en salud.

“La salud pública, en los momentos actuales, tiene que ofrecer respuestas diferentes a las que tradicionalmente ha organizado. No puede seguir interpretando la población y la naturaleza como objetos, sino que tiene necesariamente que comprenderlos como sujetos y proponer nuevas formas de diálogo. El saber en salud pública requiere cambiar, desde un conocimiento comandado por la razón indolente o tecnológica, hacia un diálogo multicultural que reconoce las potencialidades de otros saberes” (Granda, 2007)²

El ejercicio de investigación en salud con un abordaje cualitativo, permite no solo el rastreo de amplia y completa información acerca del

fenómeno a estudiar, sino particularmente un acercamiento a investigadores y autoridades académicas que han logrado abrir un camino y una ruta que transforma y enriquece la salud pública en Latinoamérica, como es el caso de Edmundo Granda Ugalde.

Revisar su obra, fundamentada en reflexiones y aportes para la medicina social, nos ha permitido incursionar en un universo de conceptualizaciones epistemológicas, filosóficas y fundamentalmente humanas que privilegian la persona, su historia y su cultura. En ese sentido, ha sido valioso encontrar afirmaciones del maestro Granda, como aquella relacionada con la necesidad de superar la “enfermología”, frase cargada de una crítica hacia los modelos médicos tradicionales de salud pública, esencialmente patologistas, donde se privilegia la enfermedad, pero

1 **María Clara Quintero Laverde.** Colombiana. Enfermera por la Universidad del Rosario, Bogotá Colombia, especializada en Educación en Salud en Sao Paulo Brasil, Magister en Educación de la Universidad de La Sabana, Colombia, de la cual es Vicerrectora Académica.
Olga Patricia Torrado Cote. Colombiana. Médica especialista en Pediatría por la Universidad Javeriana Bogotá Colombia, con énfasis en Promoción de la Salud Infantil y Magister en Educación, Universidad de la Sabana, donde es pProfesora iInvestigadora en las facultades de Medicina y Educación.
María Del Carmen Urrea González. Colombiana. Fisioterapeuta por la Universidad Industrial de Santander, Colombia y Magister en Educación, Universidad de la Sabana. Es coordinadora de prácticas clínicas del programa de Fisioterapia Universidad Metropolitana de Barranquilla Colombia, y Jefe Servicio de Fisioterapia Hospital Universitario Metropolitano de Barranquilla. Coordinadora del Programa de Tutoría, en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano Universidad del Rosario de Bogotá. Docente de cátedra del Programa Fisioterapia de la Universidad de La Sabana, Colombia.

2 Granda E. (2007)

se oculta y se hace invisible la persona, sujeto principal del proceso.

Esta mirada hacia la persona, principal protagonista, abre el camino a un acercamiento más humano y holístico, que incorpora otros conocimientos en la construcción y reconstrucción de los modelos clásicos en salud.

“...nuestras costumbres, nuestras creencias son como una antorcha, como una luz que ilumina el mundo. Si esta luz se apaga, el mundo se oscurece y muere. Los civilizados no lo saben, pero ni no fuera por nosotros, el mundo ya se hubiera acabado...” (Mamo Kogi, citado por Gerardo R. Dolmatoff).

A lo largo de su recorrido como médico salubrista y filósofo de la medicina social, Edmundo promovió una mirada más ética, más humana a los procesos de salud enfermedad, buscando, a través de la cátedra con sus estudiantes y colegas, una transformación en la manera como la medicina social ha sido tradicionalmente ejercida. En ese sentido, a lo largo de sus escritos y según el testimonio de colegas, alumnos y amigos, buscó la equidad y la igualdad, como un mago con su varita³.

Sus reflexiones y aportes, siempre profundas y complejas, fueron un permanente desafío para la salud pública tradicional, para su ejercicio en el contexto latinoamericano, sin que por ello perdiera de vista sus raíces y su profundo amor y compromiso por su querido país, el Ecuador, y por Cuenca, su ciudad de origen.

El proyecto de investigación adelantado, permitió a los investigadores un encuentro con la comunidad Arhuaca en la Sierra Nevada de Santa Marta, en Colombia. Este buscó, más allá de los indicadores epidemiológicos y determinantes de

enfermedad o patología, apreciar y reconocer el valor de su vida cotidiana y de sus prácticas, en donde se evidencian no solo la cosmovisión de esta comunidad, sino también el sentido sobre la vida y la salud, desde otros saberes e imaginarios. Este proceso permitió pasar del concepto de salud - enfermedad, al encuentro y desarrollo de una categoría centrada en las prácticas en salud.

Representa una mirada de la educación comunitaria en salud, que retoma el sentir de varios autores latinoamericanos revolucionarios en sus ideas, como Paulo Freire y Edmundo Granda, de crear y recrear ideas desde el diálogo con una comunidad, en el reconocimiento de la interculturalidad.

En esa misma vertiente se encuentra la orientación de la educación en salud centrada en la participación, y parte de la teoría de la acción humana, que postula la necesidad de contar con el ser humano: *“solo conociendo el individuo y sus circunstancias, es posible una acción eficiente y permanente en salud”*⁴.

Conocer al ser humano implica comprender sus creencias, sus hábitos y costumbres. Esta comprensión permite una acción educativa que no busca “llenar” en las comunidades una “ignorancia” de conocimiento, por el contrario, pretende crear y transformar. Bourdieu (1980), citado por Briceño León (1996), resalta cómo el trabajo con una comunidad implica una acción crítica pero al mismo tiempo respetuosa, debido a que *“no hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas diferentes”*. Entonces, si ambos saben, el proceso educativo es un proceso de diálogo de saberes, en el cual ambos se comprometen a escucharse y transformarse.

Comprender la cosmovisión indígena representa un proceso de diálogo entre el saber de la comunidad, el saber de los investigadores y el saber teórico existente en torno a la salud, la educación y la interculturalidad. En ese sentido, los distintos actores intervienen todos por igual para lograr construir, comprender y comprenderse, y finalmente generar un conocimiento novedoso que contribuye a la educación de comunidades indígenas latinoamericanas.

Estos procesos determinan, como principio, la participación activa de sus representantes y el reconocimiento con respeto a su sabiduría ancestral.

Los sistemas de salud de las comunidades indígenas poseen una cosmovisión representada por mitos, creencias, prácticas, rituales y conceptos que, entre otros, intentan explicar el origen y curso de las enfermedades, entendidas como desequilibrio, en un contexto de armonía con la naturaleza.

Existe una milenaria relación de los pueblos indígenas con la naturaleza y con los seres que allí habitan; entre ellos, las plantas tienen especial relevancia. Son parte fundamental de la cultura indígena, de sus prácticas curativas, de sanación e iniciación, relacionadas con la salud y la enfermedad.

“Muchos lugares sagrados de la Línea Negra en la Sierra Nevada, constituyen barreras protectoras contra catástrofes, huracanes, enfermedades de la naturaleza y epidemias en las partes altas de la Sierra; por eso son fundamentales para la prevención y el cuidado de la salud”.⁵

La cosmovisión, que es la manera de ver y sentir el mundo, establece también el lugar que las personas ocupan en él. Es así, en el trabajo del maestro Granda⁶, se resalta el acercamiento al mundo de la vida y la salud, que rescata la cosmovisión de las comunidades, para que el quehacer en educación en salud se nutra de la diversidad.

De otro lado, esa manera particular de ver el mundo y el cosmos determina las relaciones armónicas de la persona y grupos sociales con la naturaleza enmarcada en el equilibrio, la integralidad y la armonía. Ese principio indígena es fundamental para la construcción de la sociedad y debe permear los espacios educativos en salud.

La propuesta de investigadores y teóricos de la antropología y otras ciencias sociales, ha sido la incorporación del enfoque intercultural de los procesos salud - enfermedad en la educación. Esto, con un abordaje a las poblaciones y grupos representativos, en el que se privilegie el respeto a sus creencias y valores, en un diálogo de saberes desde donde se construyan nuevos modelos de relación social.

En ese sentido, podemos afirmar que la interculturalidad se basa en una activa participación democrática, donde prevalece la aceptación, el respeto, el diálogo y la diferencia. *“Muchos de los saberes, ciencias, y prácticas que constituyeron el seguro asidero de la salud pública también se encuentran en proceso de reformulación y cambio, buscando ellas mismas una posibilidad de delimitar nuevos paradigmas”*⁷.

Es así como la comunidad construye su conocimiento. Las acciones educativas deben partir del

3 Granda Ugalde, Edmundo (2009). Varios compiladores. *Edmundo de la Vida en La Salud y la Vida* Volumen 1 Ecuador.

4 Briceño, León R. (1996) Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cuadernos de salud pública, 12 (1), 7-30

5 Organización Gonawindúa Tayrona. (2009). *Ley de Se Seyn Zare Shenbuta*. Bogotá: Sirga.

6 Granda, E. (1997). Medicina tradicional y sistemas de salud no formales y reforma de servicios en atención médica. Taller de Medicinas Tradicionales y Sistemas no Formales de Salud, Universidad Andina Simón Bolívar. En Edmundo Granda Ugalde. La Salud y La Vida. Volumen 2. Ecuador.

7 Granda, Edmundo U. Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI

saber de la comunidad y, en una acción de diálogo, emerger como un nuevo saber.

“Dijimos que la medicina del hermano menor es nuestro bastón de apoyo, ahora muchos solo quieren el bastón dándole más importancia que a nuestros antepasados y así nunca podremos verdaderamente curarnos”.⁸

Desde el año 1991, la Constitución Política de Colombia consagró el reconocimiento de una serie de derechos específicos de los pueblos indígenas, realzando la persistencia y validez de sus luchas por la sostenibilidad de sus territorios y el desarrollo de su cultura...⁹. Lo anterior requiere una nueva mirada en su acercamiento investigativo, es decir, descubrir otras escuelas..., otros saberes, otras formas de educarse y educar.

*“No tengo estudio, pero tengo conocimiento”*¹⁰.

Para lograr entender ese conocimiento, es necesario y fundamental despojarse de la teoría epidemiológica sobre la comunidad, centrada en lo patológico y en la enfermedad física, y lograr que las versiones y las conjeturas que emergen con su encuentro, adquieran otra dimensión, y se logre comprender que el proceso salud –enfermedad es un fenómeno colectivo, biológico y social.¹¹ A su vez, la educación intercultural se nutre de lo social, lo subjetivo y lo biológico.

Comprender cómo el mundo indígena está colmado de imaginarios y sentidos, invisibles muchas veces a los ojos occidentales, hace posible que la educación comunitaria se transforme en una interacción continua, en donde el educador y el educando se complementan y enriquecen.

Los Arhuacos son hijos de la tierra y a ella pertenecen. Su mundo está en la naturaleza, en los ríos y montañas, en el agua y en el cosmos.

*“Para nosotros, el desarrollo es una etapa de mucha importancia, porque también, allí coincide con lo que dicen las sociedades indígenas, en que también debe tener buena alimentación, y buena formación, creo que es hasta los 7 años. En nuestro caso también sucede igual, en donde la formación es de suma importancia, y precisamente por eso, se les inculca en mayor tiempo, todos esos conocimientos, y aún más cuando en nuestro caso, la enseñanza es oral. Entonces si es niño, es llevado a la casa tradicional, que en nuestra lengua se llama Kankurúa, y si es niña en la casa tradicional que es Artihuruaca. Entonces allá las personas encargadas, es quienes le enseñan, los forman, y cuando ya llegan al desarrollo, pues para las niñas es mucho más importante todavía, porque la mujer representa la madre tierra, y la madre tierra también sufre cambios, que llueve, que cuando hay el trueno, cuando hay verano, hay invierno, entonces la mujer también tiene esos cambios, por lo menos cuando hay flujos, cuando viene el periodo, esos son cambios al cual también toca prestar mucha atención”*¹².

Es así como los elementos culturales están presentes en la vida cotidiana de esta comunidad y determinan la forma en que afronta las dificultades y problemas de salud, como la enfermedad y alteraciones de la naturaleza.

La enfermedad, más que una manifestación fisiológica, es el resultado de un desequilibrio de la naturaleza y del entorno; por lo tanto, la recuperación o sanación está determinada por prácticas sociales y culturales cargadas de simbolismo.

“Es fundamental estructurar los hábitos saludables hacia la madre tierra. Cuidando el recurso. La solución no es hervir el agua sino cuidar el recurso inicial”. (Zalabata, Rubiel, gerente IPS indígena Wintukua, septiembre de 2009).

El mamo, figura ancestral, representa la sabiduría y la tradición, promueve la armonía y la preservación de tradiciones, valores y costumbres, y representa la persona de la comunidad que más sabe de salud. Este valor es superior al dado a los médicos que vienen a prestar servicio social obligatorio.

“Cuando hay enfermedad es porque hay una deuda pendiente, hay que limpiarse, es una deuda, como ser infiel, ahí la persona se confiesa con el mamo, en una ceremonia, entonces queda limpio”.

“Cuando el niño nace y viene “enredado”, (circular del cordón), es como un don, quiere decir que será mamo, si es una niña será “virgen”, luego viene el bautizo en una casa redonda, es un sitio especial, donde el mamo hace los trabajos”. (Niño, Camilo, líder indígena, Nabusimake, junio 2009).

Gerardo Reichel-Dolmatoff, antropólogo austriaco, quien durante muchos años estudió territorios indígenas colombianos, afirma: *“la preocupación de los indígenas es grande por no perturbar el equilibrio de aquellas energías que ellos ven como las fuerzas vitales del universo...”*¹³

El fin último de una investigación cualitativa debe ser orientado hacia el logro de objetivos en diferentes ámbitos. El estudio acerca de *“la salud en la cosmovisión de la comunidad Arhuaca, retos educativos con perspectiva intercultural”*, buscó orientar ese logro social, para responder a las necesidades en educación para la salud especí-

ficas de la comunidad Arhuaca, Pueblo Bello César, y del asentamiento indígena de Nabusimake en la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia.

El proceso de investigación permitió apreciar, conocer y comprender algunas de las prácticas curativas o de sanación de la comunidad Arhuaca. Entre ellas están la utilización de rituales de sanación, de pago, infusiones, las hierbas caseras y medicinales, elementos fundamentales en la planeación y desarrollo de acciones educativas para los programas de promoción y prevención, pues son los elementos estructurales en su sistema de salud, conocido e interpretado como un sistema de equilibrio. En ese sentido, podemos afirmar que la educación debe pensarse como un compartir de conocimientos basados en el respeto y la cultura, premisa desarrollada ampliamente por el maestro Granda.

*“La Sierra Nevada divide el planeta, es su centro. Es un espacio bendito para salvar el planeta. Nosotros no hablamos de etnoeducación, ya que estamos planteando sistemas educativos. Hablamos de interculturalidad. Compartir conocimiento. El hombre Arahuaco respeta el ángulo. hombre, hombre, naturaleza”*¹⁴

Los procesos de colonización de campesinos, blancos y mestizos han sido acompañados, entre otros, de movimientos de resistencia indígena, saqueos del patrimonio arqueológico a manos de gúaqueros y efectos negativos para su cultura y tradición.

De otro lado, es evidente el negativo impacto ambiental que los siglos de saqueo y colonización han traído. Para los indígenas, el universo y la Sierra han sido profanados. El permanente saqueo le resta fuerza y sabiduría a la vida. El

8 Gil Barros, R. (2009). Ordenar la vida personal. En O. G. Tayrona, Ley de Seyn Zare (págs. 45 -46). Bogotá: Sirga.

9 Bolívar, E. (2010). *Maestros del Arte Popular Colombiano*. Bogotá: Suramericana.

10 Moreno, R. Y. (2010). Resguardo Wacoyo. (P. G. Centro Corocito, Entrevistador)

11 Granda, E. (1998). La construcción de la imagen del objeto. IV Curso de Investigación en Ciencias de la Salud. Ecuador.

12 Torres, Cartagena (2009)

13 Dolmatoff, F. R. (2000). *Reichel- Dolmatoff G. Indios de Colombia Momentos Vividos- Mundos Concebidos*. Bogotá.

14 Mestre, R.(2009). Profesor Arhuaco, Sierra Nevada de Santa Marta.

planeta ha sido irrespetado. Los guaqueros han extraído de la tierra lo más sagrado de su cultura ancestral.

“Se debe dimensionar para poder actuar. El mismo espacio lo viva para el ser. Cómo lo conservo, cómo lo protejo y cómo lo hago producir para permanecer. Cada quien está en su mundo. Compartir y proteger. Ejemplo: El murciélago y el conejo. El conejo le dice al murciélago que está colgando y mirando al revés; y el murciélago piensa, ya, que tú estás equivocado; lo que yo sé es que tú ves al revés. Es conocimiento ya que éste me hace actuar la conciencia, me hace pasivo” (Mestre R, Profesor Arhuaco, Sierra Nevada de Santa Marta).

El mamo, chamán, es un sacerdote, un hombre sabio que orienta y dirige la comunidad. Es el intermediario entre la madre, lo espiritual y sagrado, y los hombres. Representa la armonía y el desarrollo social de la comunidad. Es el garante del cumplimiento de las leyes naturales, cuida el mundo, la naturaleza y el cosmos, y es el educador por excelencia. En este escenario, es fundamental el trabajo de integración y construcción de saberes; por lo tanto, la acción educativa no se puede desligar de la cultura.

Para la comunidad, el *mamo* orienta y lidera ceremonias de adivinación y de pago, prácticas asociadas a la curación de enfermedades, la recuperación de la armonía y de los ciclos cósmicos. La coca, transportada en el poporo, presente en la cultura de estas poblaciones, hace parte de un ritual o ceremonia, como elemento sagrado y de importante simbolismo para los Arhuacos.

Desde el punto de vista cultural, estos fenómenos están siempre presentes. La vida está ligada a procesos sobrenaturales, y no pueden separarse.

El concepto y representación de los procesos salud - enfermedad, están íntimamente ligados al espíritu. Este concepto de espíritu está presente no solo en los seres vivos; también en las cosas materiales.

La cultura incorpora creencias, valores, actitudes y modos de ver la vida que son aprendidos, transmitidos e incorporados por cada persona en sus entornos familiares y educativos, y determinan, entre otros, sus pensamientos, formas de vida, relaciones y procesos de comunicación.

“Salud del buen pensamiento, del buen sentir y del buen actuar. La ley de recompensa: lo que actúas la naturaleza te lo devuelve. Existe una plataforma cósmica” (Mestre, R. Transcripción de entrevista a profundidad, párrafo 6).

La palabra social, viene del latín *social*, que significa el que sigue o acompaña. Es una acertada definición de las prácticas de cuidado en salud, que implican igualmente, compartir y relacionarse.

Acciones como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son particulares para cada persona y están determinadas por sus costumbres, valores y creencias, es decir, por su cultura. Por lo tanto, resulta muy complejo intentar abarcar en una única definición lo que es cultura.

Numerosos investigadores y profesionales de las ciencias sociales han dado interesantes aportes conceptuales.

Según González, la cultura es *“todo aquello que la comunidad ha creado”*. *La cultura no nace con el hombre, es una creación de él, no en términos individuales, sino mediante la acción colectiva de la comunidad.*¹⁵

En ese orden de ideas, la cultura puede entenderse como aquel conjunto de tradiciones, creencias, valores, hábitos y estilos de vida que han sido aprendidas socialmente y que, por tanto, deben permear los espacios educativos.

La cultura también determina la forma en que las personas sienten y se comportan socialmente. Si se esperan acciones eficientes y permanentes en salud, es necesario educar con la participación de los individuos, no solo transmitir información.

Desde la perspectiva cultural, la educación es también una experiencia de cuidado. Esta experiencia es personal; por lo tanto, está determinada por la historia de cada persona, como parte del enfoque de cuidado transcultural, holístico, enmarcado en el respeto y la dignidad de cada persona. Es muy significativo entender que la salud, en algunas comunidades como los Arhuacos, es una construcción social, no personal.

Cabe resaltar que, en términos de acuerdos y legislación sobre interculturalidad y salud, se han dado importantes avances. Los convenios, declaraciones y resoluciones que se han promulgado en los últimos veinte años desde las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros, han incorporado una visión más amplia de respeto y reconocimiento a los saberes y tradiciones de las comunidades indígenas. Estos instrumentos definen lineamientos para que los Estados puedan establecer mecanismos que faciliten el diálogo de saberes entre culturas.

En el caso particular del área de la salud, se promueve el intercambio de conocimientos y prácticas, es decir, un diálogo entre racionalidades

diferentes. Como lo afirma Bastidas *“el diálogo de saberes, más que una propuesta pedagógica es una posición ontológica fundamentada en el respeto y en la práctica de relaciones horizontales y democráticas.”*¹⁶

La normatividad desarrollada en los últimos años, también ha incorporado, en la línea de la corriente internacional, un mayor reconocimiento a los pueblos indígenas. Esto está reflejado en un mayor respeto a sus creencias, garantía para el ejercicio de sus prácticas culturales y consideración de sus costumbres y tradiciones para adelantar programas de salud por parte del Estado. Para Colombia, representan los ejes de las leyes y resoluciones que se han expedido, desde el momento en que se gestó la nueva Constitución Política del año 1991.

Si bien las leyes han consignado un enfoque de diálogo y de interculturalidad, en la realidad no funciona así. El camino por recorrer es aún largo para que los saberes, prácticas y tradiciones de las comunidades indígenas no sean vistos como simples manifestaciones culturales, sino reconocidos como conocimientos que requieren ser valorados y tenidos en cuenta para diseñar los programas de educación y salud que el Estado tiene por obligación proveer. Es necesario, asimismo, reconocer en estos conocimientos una fuente de aprendizaje para la medicina occidental, que permita abordar la salud desde un ámbito integral y holístico.

Con el fin de socializar avances en el acercamiento a una perspectiva de diálogo de saberes, y con el ánimo de buscar ampliar las oportunidades de encuentro e intercambio de saberes entre culturas, es necesario generar espacios de participación, discusión, y publicación de resul-

16 Bastidas, M. et-al. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, vol. XXVII, No. 1, marzo de 2009.

15 González, M. (2006). *Arte y Cultura Popular*. Cuenca: Universidad del Azuay.

tados. Esto tiene por finalidad hacer visibles los resultados de investigadores y organizaciones que promueven el reconocimiento cultural de las comunidades indígenas.

“También nosotros estamos trabajando un modelo de salud intercultural, en donde, también, queremos dar a conocer cuál es la salud propia tradicional de los pueblos indígenas, y cuál es la salud no indígena que necesitamos los indígenas y que lo queremos articular para que haya la supervivencia de la cultura sin acabar nuestra cultura. Porque anteriormente existía la concepción de que había que llevar todo lo de acá para que los indígenas pudieran existir, y más bien lo que hizo fue desaparecer la cultura, y más bien crear otra, y nos generó muchos problemas. Entonces, la idea es que haya un modelo de salud intercultural en donde podamos articular la medicina occidental con la medicina tradicional y así garanticemos la supervivencia de los pueblos indígenas, en este caso de la Sierra Nevada”. (Torres, A, Organización Gonawindua Tayrona, 2009).

Las diferentes investigaciones cualitativas en las diversas áreas y disciplinas, entre ellas las que tienen que ver con salud, han generado iniciativas y propuestas sobre la utilización de los resultados. Esta inquietud no es solo de los investigadores en esta área, sino lo ha sido también de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, comprometidos con el uso y divulgación de resultados de investigación.

Una mirada a la producción de la investigación cualitativa en salud en los países de América Latina, evidencia que la utilización de sus resultados se reduce, en muchas ocasiones, a la publicación en los medios académicos.¹⁷ Estos investigadores presentan sus reflexiones sobre el destino de los resultados de la investigación cualitativa en el área de la salud, de una parte, en cuanto a la difusión y aplicación de los re-

sultados de la investigación en general. De otro lado, sugieren que éstos deben enfocarse a la academia, hacia quienes elaboran políticas y programas de salud, y a la población participante del estudio, de manera particular. Es necesario impulsar un debate en torno a una propuesta de difusión y aplicación de los resultados de la investigación social.

Los hallazgos del estudio, entre otros, representan la cosmovisión que sobre los procesos salud – enfermedad tienen los representantes de esta comunidad.

En ese sentido, se logró apreciar que los programas en salud que se desarrollan en el hospital local, no reflejan esta cosmovisión, por el contrario, desconocen en gran parte los referentes culturales de esta comunidad.

“Cuando hice la pregunta a la médica rural acerca de su conocimiento de las tradiciones sobre salud de los Arhuacos, su respuesta fue: “como ellos tienen su propia EPS (Empresa Promotora de Salud), yo no manejo eso... de eso sé poco.” ¿A qué se refiere? Pues que yo de eso no sé, no entiendo mucho. Se podría utilizar tanto conocimiento valioso...¿Qué piensa? Lo que pasa es que no creen en nosotros...” (Transcripción de testimonios principales).

Se hace necesario, replantear la forma en que los programas de educación para la salud se elaboran y desarrollan. Si bien la Constitución Política contempla que Colombia es un país multicultural y multiétnico, estos aspectos están ausentes al momento de realizar las distintas intervenciones comunitarias en salud.

Otro aspecto evidenciado durante el proceso de desarrollo del proyecto y la etapa de análisis de información, es la ausencia de referentes culturales en el desarrollo de los programas y planes

de educación para la salud, por lo cual se hace necesario que los currículos de las distintas profesiones del área social y de la salud, incorporen de manera relevante los aspectos culturales de las diferentes comunidades étnicas del país. De esta manera, se promueve en los profesionales de las distintas disciplinas el desarrollo de competencias de interculturalidad, aspecto que hace parte de las tendencias y nuevos retos de la Educación del siglo XXI.

El reconocimiento y respeto de las diferentes etnias y culturas indígenas ancestrales será una realidad, en la medida en que las políticas y programas de educación para la salud velen y garanticen el cumplimiento de lo establecido en la Constitución Política colombiana.

La atención y cuidado de la salud deben reflejar un abordaje humanizado y ético, en la medida en que estas acciones y actividades incorporan aspectos individuales y sociales que hacen parte de la historia de cada persona familia y grupo social.

“Ancestralmente para los Arhuacos, y como en cualquier otra cultura, el nacimiento es un acontecimiento muy importante, pero nuestras costumbres no son tenidas en cuenta por la medicina occidental, razón por la cual no queremos venir a los centros de salud. Si el alumbramiento va a ocurrir en la casa, todos los miembros de la familia están apoyando a la mamá, principalmente el esposo, quien le hace masajes, la consienten, y en ningún momento la dejan sola. Cuando por alguna razón les toca en el hospital, para ellas es una experiencia muy traumática, porque las enfermeras no les dan un trato amable, permanecen solas, no permiten que el esposo o algún familiar las acompañe, no tienen en cuenta sus costumbres, y como la mayoría no hablan español, no pueden expresar sus temores y sus necesidades. Además, al nacer el bebé cortan el cordón umbilical con tijeras, por esa razón los niños

que nacen el hospital se enferman más, porque el ombligo debe ser cortado con algo natural nosotros lo hacemos con el helecho macho. Tampoco entregan la placenta, para nosotros tiene un significado importante porque durante nueve meses ha dado vida a un nuevo ser, y debe volver a la madre tierra, no de cualquier manera, debe ser guardada dentro de un calabazo, y enterrada en una ceremonia especial” (Mendoza, M, Líder Arhuaca, Sierra Nevada de Santa Marta, 2009).

Numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, vienen reflexionando acerca del alcance de los resultados de sus estudios.

La pregunta que se hacen es “¿qué hacer con los resultados de la investigación?”¹⁸ propone tres enfoques sobre la difusión y utilización de los conocimientos, resultantes de la investigación. El autor plantea un primer enfoque dirigido a la academia; un segundo enfoque, centrado en la transferencia e impacto de resultados; y un tercero, dirigido a la población participante, que promueve que la difusión de estos resultados regrese a la población involucrada en el estudio.

El grupo que desarrolló el proyecto “La salud en la cosmovisión de una comunidad indígena. Retos educativos con perspectiva intercultural”, socializará los resultados del trabajo con los representantes de la comunidad Arhuaca y los participantes del estudio. Estos resultados aportarán a sus dirigentes y líderes en el trabajo por la defensa y la conservación de su cultura.

Para concluir, y en reconocimiento al legado del maestro Edmundo Granda Ugalde, dejamos las siguientes reflexiones, como contribución al desarrollo de los procesos de salud y bienestar de las comunidades indígenas de América Latina:

- Rescatar el papel de cada comunidad indígena en cabeza de los mamos, como forjadores

17 Mercado Martínez, F., & Robles Silva, L. (2008). Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿Algo más allá de la difusión de los resultados? *Investigación y Educación en Enfermería* pp. 48-49.

18 Mercado, F. (2008). Los usos de la investigación cualitativa en salud, ¿algo más allá de la difusión de resultados? *Investigación y Educación en Enfermería*, Universidad de Antioquia vol. XXVI, 2008.

de su proceso histórico y de las autoridades indígenas, articulando las acciones que lleven a la conservación de la identidad de sus pueblos a través del tiempo y de la historia.

- Reconocer el trabajo realizado por los pueblos indígenas, valorando la comunidad que trabaja, teje, persiste, cuida del agua, de los animales, de sus costumbres y creencias, y de la preservación de su territorio sagrado.
- Reflexionar sobre la importancia de los jóvenes y su papel en las comunidades indígenas e instituciones educativas, como agentes de promoción de su cultura.
- Avanzar y consolidar nuevas propuestas de investigación social para la construcción de tejidos interculturales e interdisciplinarios, que permitan el intercambio crítico de conocimientos y prácticas desde los distintos saberes.

“Llegó la noche, y es tan maravilloso ese cielo insondable de estrellas, que en las ciudades, por la luz eléctrica, no podemos ver. A veces, pienso que así pasa con la educación, si un profesor no apaga su “luz resplandeciente” de conocimiento ante una comunidad, es imposible admirar la majestuosidad del conocimiento del otro, que es como ese cielo insondable y maravilloso. Creo que este es un regalo que nos dan los Arhuacos, apaga la luz y deja que la luz del otro te ilumine. Me cuesta mucho dormirme, es como si quisiera que este día no se acabara”¹⁹

Bibliografía

- Bolívar, E. (2010). *Maestros del Arte Popular Colombiano*. Bogotá: Suramericana.
- Briceño León, R. (1996). *Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria*. Cuadernos de salud pública 12 (1) 7-30
- Dolmatoff, F. R. (2000). Gerardo Reichel-Dolmatoff G. *Indios de Colombia Momentos Vividos- Mundos Concebidos*. Bogotá.
- Gil Barros, R. (2009). Ordenar la vida personal. En O. G. Tayrona, *Ley de Seyn Zare* (págs. 45 -46). Bogotá: Sirga.
- González, M. (2006). *Arte y Cultura Popular*. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Granda, E. (2007). El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. En *Edmundo Granda Ugalde. La salud y la Vida*. Volumen 1. Quito, 2009.

- Granda, E. (1997). Medicina Tradicional y Sistemas de Salud no formales y reforma de servicios en Atención Médica. *Taller de Medicinas Tradicionales y Sistemas no Formales de Salud* , Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador.
- Granda, E. (1996). Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En *Edmundo Granda Ugalde. La salud y la Vida*. Volumen 1. Quito, 2009.
- Mercado Martínez, F., & Robles Silva, L. (2008). Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de los resultados? *Investigación y Educación en Enfermería* pp. 48-49.
- Moreno, R. Y. (2010). Resguardo Wacoyo. (P. G. Centro Corocito, Entrevistador)
- Organización Gonawindúa Tayrona. (2009). *Ley de Se Seyn Zare Shenbuta*. Bogotá: Sirga.

19 Fragmentos del Diario de Campo OPTS, párrafo 8, Sierra Nevada de Santa Marta, junio de 2009, Complementos.

Artículo 14

Los verbos esenciales de la salud pública¹

Saúl Franco Agudelo²

*En memoria de
Edmundo Granda,
Maestro, Luchador y Amigo.*

Introducción

La salud pública (SP) comprende el amplio campo de conocimientos y acciones desarrolladas por la humanidad para lograr el mayor bienestar y el bien vivir de las personas y de los diferentes colectivos. Considerando la importancia de aportar a sus debates contemporáneos y a formulaciones que la hagan más comprensiva, atractiva y accesible, quiero proponer en este documento una discusión acerca de los verbos que logren sintetizar y expresar de la mejor manera la esencia y el qué hacer históricos de la salud pública. Trataré de esbozar los contenidos, la trayectoria, los logros y tensiones de cada uno de ellos y las posibilidades y desafíos que ofrecen para el futuro de la salud pública. Desarrollaré el tema en tres partes complementarias, a saber:

- I. Delimitación del campo de la salud pública
- II. Breve conjugación de los verbos propuestos en pasado y presente.

III. Elementos para la conjugación en futuro de los verbos esenciales de la salud pública.

I. Delimitación del campo de la salud pública.

Sigo convencido de que la razón de ser de la salud pública es aportar efectivamente al **bien-vivir colectivo humano**, es decir: a hacer posible que **la vida humana**, en cada momento y sociedad particulares, se desarrolle de la mejor manera y en las mejores condiciones posibles. Puede afirmarse que su compromiso esencial es con la vida, no con la enfermedad y que, por tanto, **la salud pública puede definirse como el conjunto de saberes y prácticas relacionado con el cuidado y el logro del bienvivir de la humanidad**. Esta categoría de **bienvivir** es todavía menos frecuente que la de **bienestar** y

* Este artículo, coincide con el proceso de publicación del libro tres de Edmundo Granda y desde que sale a la luz (2010) se nutre de los diferentes eventos académicos que el autor ha tenido en este año, particularmente el III Congreso Nacional de Salud Pública e Investigación (Cali, 5/11/2010) y el Taller de Determinantes Sociales convocado por ALAMES (La Paz, 17-20/07/2011).

2 **Saúl Franco Agudelo.** Colombiano. Médico cirujano de la Universidad de Antioquía. Magister en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, de México. Ph.D. en Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, Brasil. Profesor Universitario e investigador en los temas de Medicina Social, Salud Pública y Violencia y Salud, en las Universidades Nacional de Colombia y Santo Tomás, de la ciudad de Bogotá.

requiere construirse aun semánticamente. De hecho el diccionario de la real academia de la lengua española la incluye como verbo bajo dos acepciones específicas: vivir con holgura y vivir honestamente (Real Academia Española, 2001). Vivir tiene una connotación más activa, más de proceso, más interactiva que estar. Las cosas están. Yo puedo estar sin actuar, sin participar, sin pensar ni sentir. Vivir, en cambio, es acción, movimiento, realización, creación. El bienvivir de la salud pública no se relaciona con la holgura sino con la vida digna y con cuatro condiciones básicas, a saber: la satisfacción de las necesidades, el desarrollo de las capacidades, el acceso a los bienes sociales que permiten el disfrute placentero de la existencia humana, y la garantía de los derechos fundamentales. No es por tanto un verbo, ni una cosa tangible, sino una situación, un proceso: el Proceso Vital Humano.

Pueden reconocerse en la realidad **tres dimensiones** fundamentales en la salud pública, a saber: la salud pública **como campo de conocimiento, como campo de acción, y como situación resultante de mayor o menor bienestar** (Franco, S. 1995).

La primera dimensión incluye todo el saber acumulado y en construcción acerca de la naturaleza, significados, variaciones, determinaciones e implicaciones del bienestar colectivo de los seres humanos. Es, por tanto un saber multidisciplinar, diverso, siempre en construcción, nunca acabado. Como tal tiene que nutrirse de diversos campos de conocimiento, de muy distintas ciencias, y fabricarse con el instrumental conceptual y metodológico de todas ellas, pudiendo afirmarse entonces que la SP no tiene un método propio ni es una ciencia en sentido estricto. En esta primera dimensión la salud pública es una tarea del pensamiento, que demanda estudio, investigación, discusión y sistematización.

La segunda dimensión permite reconocer la SP como el conjunto de acciones individuales y colectivas, públicas y privadas, estatales y populares, tendientes a hacer posible el bienestar y el bienvivir humano; a controlar o eliminar los factores y procesos que lo dificultan o impiden; a prevenir los riesgos y situaciones contrarios a él; a organizar los procesos político-sociales, proveer los recursos económicos y diseñar los ordenamientos y procedimientos administrativos y operativos que lo hacen socialmente posible. Intervienen por tanto los Estados y las organizaciones sociales y populares; las agencias e instituciones nacionales e internacionales; los académicos y todas las personas que dedican su tiempo y su inteligencia a estas labores. Son entonces acciones diversas, realizadas por distintos actores y desde distintas posiciones teóricas e ideológicas, pero hilvanadas por el objetivo común del bienvivir de la humanidad. En esta segunda dimensión la SP se ubica en el campo de la acción en la sociedad y requiere, por tanto, confrontación de poderes e intereses, construcción de consensos, y movilización de voluntades y recursos.

Y como situación resultante, la SP es la percepción que sentimos del bienestar logrado, alterado o perdido y que por diferentes mecanismos y con diversos indicadores tratamos de identificar, medir (cuando es posible), analizar, conservar y mejorar. No es una situación ideal, ni un estado permanente. Es el reconocimiento de la situación real de bienestar en un momento y en unas condiciones dadas y que permite, a más del disfrute o la preocupación, la generación de fuerzas y mecanismos para mantenerla, recuperarla o tratar de modificarla favorablemente. Con esta tercera dimensión la salud pública se introduce al mismo tiempo en el campo más íntimo de las percepciones y el disfrute humanos, y en el de los resultados, logros y frustraciones de las dos dimensiones anteriores del pensamiento y la acción.

II. Breve conjugación de los verbos propuestos en pasado y presente

Considero convenientes tres aclaraciones antes de iniciar la conjugación de los verbos. La primera tiene que ver con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud en relación con las once funciones esenciales de la salud pública y la otra de carácter metodológico.

Prefiero los verbos a las “funciones esenciales de la salud pública”. No desconozco la importancia de la propuesta, impulsada por la OMS al terminar el siglo pasado y liderada en la región por la OPS, de definir y tratar de desarrollar lo que llamaron “las funciones esenciales de la salud pública” (OPS, 2000). Acogiendo enfoques muy disímiles, pero de predominio funcionalista y utilitario, intentando agrupar tareas muy diversas del campo de la SP, y tratando de hacer cuantificable, eficiente y evaluable el trabajo sanitario, propusieron las “once funciones esenciales de la salud pública”. Cubren un espectro amplio y heterogéneo de estrategias, como la promoción de la salud, la formulación y el desarrollo de políticas y la participación ciudadana; de prácticas, tales como la vigilancia en salud; de tareas y **campos** de trabajo, como la investigación, garantía de calidad de los servicios, la capacitación, y la reducción del impacto de emergencias y desastres; y de funciones administrativas, como la fiscalización, el monitoreo y la evaluación.

Si bien es todavía muy temprano para evaluar la consistencia y capacidad de esta propuesta para revitalizar la salud pública, puede afirmarse que hasta ahora han sido relativamente escasas su audiencia académica, su implementación efectiva y sus resultados prácticos, más allá de ayudar a organizar y evaluar algunos programas, y comparar algunas situaciones. En la actualidad a Colombia, por ejemplo, sólo le ha ido bien en una de ellas, la relacionada con la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, lo que indicaría un mal desempeño en las restan-

tes diez funciones esenciales de la salud pública (OPS, 2007). Considero que, sin desconocer las posibilidades de tal propuesta, más allá de la descripción o prescripción impulsadas por este enfoque de las FESP, vale la pena intentar entrar al núcleo duro del ser y el hacer históricos de la SP, identificar lo fundamental y, desde allí, arriesgar algunas propuestas. De hecho los verbos juegan en los idiomas un papel fundamental, expresan lo esencial de la lengua, tienen una gran flexibilidad para diferentes sujetos en todos los tiempos, y reúnen diversos conjuntos de funciones.

La segunda nota previa es de tipo metodológico. Acojo en la conjugación de los verbos en cuestión la sugerencia del *Dictionnaire de la pensée médicale* en el sentido de que para explorar los orígenes de la salud pública sirve más una perspectiva genealógica que historiográfica (Le-court, 2004) dado que su entramado conceptual sólo va tomando cuerpo en la modernidad occidental, mientras sus prácticas y algunas de sus normas y enunciados hunden sus raíces en culturas y saberes milenarios. De hecho ni Hipócrates de Cos, seis siglos antes de Jesucristo, ni Galeno en los albores del imperio romano, hablaron de Higiene o de Salud Pública. El término “higiene” es hijo del renacimiento; el de “prevención” tomó cuerpo con la identificación de los agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas y la invención de las vacunas al momento de la revolución microbiológica, y el de “salud pública” apenas se formuló en los Estados Unidos a finales del siglo XIX. Y sin embargo, la Grecia de Hipócrates y en especial la posthipocrática acogió y practicó sus aforismos (Hipócrates, 1979), en los que reconocen su origen muchas prácticas de salubridad aun vigentes. Y la Roma que escuchó y reconoció a Galeno y a sus discípulos, sin hablar de salud pública construyó acueductos, termas y letrinas que hicieron mejor la vida de los romanos y sirvieron de modelo a otras sociedades.

Y la última nota previa tiene que ver con el explícito carácter **provisional** de este ensayo. Su

presentación actual, que es ya el producto del desarrollo de algunas ideas embrionarias enriquecidas con críticas y sugerencias que agradezco de nuevo, tiene aun reconocidas limitaciones en temas como la pluriculturalidad, la perspectiva de género y el papel de profesiones diferentes a la medicina. Asumo por tanto la tarea de continuar trabajando y haciendo los ajustes o modificaciones que las investigaciones y los nuevos aportes indiquen.

Reconociendo que es casi temerario atreverse a reducir a unos pocos verbos los contenidos, las grandes tareas y los múltiples desafíos de la salud pública, con el objetivo ya expresado de animar la investigación y la discusión y contribuir a reconocer lo fundamental **para revitalizar la salud pública**, me arriesgo entonces a enunciar y proponer los siguientes seis dentro de los verbos esenciales de la salud pública:

1. Sanear
2. Controlar
3. Prevenir
4. Promover
5. Educar
6. Organizar.

Obviamente los contenidos de cada uno de ellos, al igual que el mayor o menor énfasis en alguno o algunos de ellos, han cambiado en función del desarrollo del conocimiento, de los niveles de organización social y de las tensiones de poder en los distintos momentos y contextos históricos. Algunos de ellos, inclusive, existieron como prácticas sociales mucho antes de que se enunciaran y se llenaran de contenido. Es el caso, por ejemplo, de “promover” que solo empezó a enunciarse a mediados del siglo XIX, logrando sus mayores desarrollos y mejores formulaciones a comienzos del siglo pasado. Cuatro de los verbos – sanear, controlar, prevenir y educar – integran los contenidos del concepto de “Higiene”, el cual se irá desarrollando más adelante justo al conjugarlos.

1. Sanear. Para el campo de la SP, la acepción etimológica más adecuada de sanear es la de **crear condiciones de salubridad y de limpieza**. Tiene que ver con drenajes, manejo de aguas, aire, basuras, control de humedades, limpieza del cuerpo, manejo y conservación de los alimentos, eliminación de suciedades. La practicaron los griegos para el cuidado de sus cuerpos, en especial los de los nobles, y la escuela hipocrática aportó aforismos e instrucciones cuidadosas para la higiene personal y para el cuidado de los aires, las aguas y los lugares. Los romanos son considerados precursores de la salud pública por haber construido acueductos, letrinas y termas, desecado pantanos y controlado malos olores. Según relata Henry Sigerist, desde el año once antes de Cristo en Roma no se pagaba impuesto por el agua (Sigerist, H.2007), lección de la que estamos cada vez más lejos en la actualidad, cuando hasta el agua está en proceso de privatización. El mismo Sigerist advirtió el origen mágico-religioso de **la higiene**. Todas las religiones antiguas exigían al hombre tener limpios su cuerpo y sus ropas para poder entrar a los templos de sus dioses. La cultura judeo-cristiana, a pesar del desprecio y descalificación del cuerpo por parte de muchos de sus moralistas, formuló estrictas normas de limpieza corporal, de aislamiento de ciertas enfermedades, la lepra entre ellas, de abstinencia sexual tanto por impureza en casos de menstruación, postparto y enfermedades venéreas, como por restricciones morales relacionadas con parentesco y consanguinidad. El libro del Levítico, en especial a partir del capítulo XI, describe con detalle buena parte de esta especie de código sanitario con fundamentación y finalidades religiosas (Biblia de Jerusalén, 1975). Del judaísmo heredaron también el cristianismo y el islam otra medida higiénica tan correcta y valiosa que perdura y tiende a ampliarse: el día semanal de descanso.

Para algunos historiadores de la salud pública, la edad media se inicia con una epidemia: la plaga de Justiniano en el año 543 y se cierra con otra:

la de peste, conocida como “la muerte negra”, que tiene su pico más alto en 1.348 (Rosen, G. 1993) y que se estima mató entre veinte y veinticinco millones de europeos (Laín E.P. 1978). Pero las epidemias no fueron sólo el principio y el fin. Los ocho siglos medievales estuvieron llenos de lepra y difteria, de tuberculosis y viruela, de fiebre bubónica y escabiosis. Si bien bajo la fuerte influencia de la iglesia católica, predominaron por entonces las concepciones y actitudes religiosas frente a las enfermedades, tuvo también influencia la **teoría miasmática**, un enfoque ambientalista que explicaba el origen de las enfermedades, para el caso de la peste, en los miasmas o partículas que surgían de los pantanos y tierras putrefactas, infectaban el aire y se transmitían a los animales y a los seres humanos, produciendo putrefacción corporal (Quevedo, E. 2000). Esta teoría implicaba en la práctica priorizar las acciones de saneamiento para prevenir las enfermedades, fue así como se trabajó intensamente en desecar pantanos, cuidar la circulación del aire y la limpieza del agua en los poblados, evitar la descomposición abierta de los cadáveres y disponer su oportuna y adecuada sepultura. Fue a este conjunto de medidas al que se llamó **higiene pública**, sobre la que se volverá más adelante. Otra práctica utilizada para enfrentar las epidemias, aplicando una vez más las enseñanzas del levítico, fue el aislamiento de los enfermos, sus pertenencias y sus contactos. Se aisló a los leprosos y se iniciaron las cuarentenas en puertos y ciudades.

La dietética. Tuvo una versión oriental con fundamento antropológico-religioso y orientada a prevenir la enfermedad según las particularidades del paciente y a lograr una vida ordenada hacia la perfección de la persona. En el siglo XI Avicena incluyó en su máxima e influyente obra, el *Canon*, un extenso tratado de dietética. Otra versión hipocrática, relacionada en especial con el manejo de la dieta frente a enfermedades agudas. Una tercera versión galénica en el segundo siglo de la era cristiana, referida a los cuidados

y normas alimenticias y de comportamiento de gladiadores, aristócratas y emperadores. Y tuvo también su versión medieval: se trataba en general de normas para el mantenimiento de la salud de las personas y de ciertos grupos sociales y profesiones, para evitar las enfermedades, en especial las contagiosas, y para ayudar al tratamiento de los enfermos (Laín E. P. 1978, p: 231).

El surgimiento y expansión de las ciudades en los primeros siglos del milenio pasado aumentó las demandas de saneamiento e introdujo otras. Se planteó el problema de la disposición de las basuras y de los excrementos, la necesidad de regular los espacios urbanos, ubicando adecuadamente basureros, mataderos y cementerios. Este proceso de saneamiento urbano hace parte de lo que Michel Foucault denominó **medicina urbana** (Foucault, M. 1976).

Los ambientes de trabajo han requerido también especiales medidas de saneamiento. Son clásicas las descripciones hechas por Bernardino Ramazzini al empezar el siglo XVIII acerca de la nocividad de los lugares, condiciones y procesos laborales de mineros, químicos, alfareros, pintores, sepultureros, lavanderas y, en general, de todos los procesos laborales preindustriales. Los minerales, materiales e instrumentos utilizados, la temperatura, la humedad, los vapores tóxicos, la cantidad y calidad del aire, el régimen alimenticio, las posiciones y fuerza requeridas, el hacinamiento y la falta de elementales servicios higiénicos, y la relación de todo lo anterior con las enfermedades y causas de muerte de los trabajadores merecen la atención del reconocido médico italiano. Y si bien muchas de sus recomendaciones se dirigen a intervenciones medicamentosas, al uso de purgantes, vomitivos y sangrías, también señala y demanda el cambio de las condiciones higiénicas de los lugares de trabajo (Ramazzini, B. 2002). Pero fue la revolución industrial de mediados del siglo XIX la que mejor evidenció las graves consecuencias de los ambientes, procesos y condiciones materiales,

de la organización y remuneración del trabajo, y de la pobreza en las condiciones de vida sobre la salud de los trabajadores. Federico Engels, Rudolph Virchow, y E. Chadwick, entre otros, investigaron y denunciaron la situación y plantearon la necesidad urgente de cambios tanto en las condiciones materiales de vida y de trabajo, como en las relaciones laborales (Lain E. P. 1978, 511), (Cartwright, F.F. 1977). Algunos Estados, en especial de Europa occidental tomaron cartas en el asunto y, posiblemente más preocupados por la productividad de las empresas que por el bienestar de los trabajadores, emprendieron acciones de saneamiento básico y organización de los lugares de trabajo, de reglamentación de las jornadas y delimitación de las edades laborales. Serían más tarde la organización y las movilizaciones de los trabajadores las que presionarían modificaciones de fondo tanto en los ambientes laborales y en las condiciones materiales de vida, como en la organización del proceso de trabajo.

En América Latina predominó en el campo sanitario durante la colonia y los procesos de independencia una mezcla de las prácticas originarias de las poblaciones indígenas, con los saberes y prácticas de la población traída de Africa (Pinzón, C. Suarez, R. Garay, G. 1993), y con el modelo de higiene pública traído por los conquistadores europeos, en especial españoles y portugueses para hacer frente a las epidemias y demás enfermedades. Las prácticas indígenas priorizaban el saneamiento colectivo, profundamente arraigadas en la pertenencia a la tierra, en la fuerza vital y purificadora del agua, en los ciclos de las cosechas y en la interacción con los astros. Ya durante la colonia se emprendieron obras de saneamiento y se crearon centros de reclusión y confinamiento para pobres, enfermos mentales, leprosos y tuberculosos. Al terminar el siglo XIX y empezar el XX la sanidad regional se volcó hacia los puertos para atender las necesidades de la expansión del modelo capitalista que requería circulación de materias

primas hacia los centros de poder, y de mercancías desde ellos hacia nuestros países. La propia Oficina Sanitaria Panamericana fue creada en 1902 como un mecanismo para que los Estados Unidos pudieran implementar ciertas medidas relacionadas con la sanidad marítima (García, J.C. 1994). Entre 1880 y 1930 se concreta el interés estatal por la salud de la población – en particular frente a las epidemias – en medidas e instituciones sanitarias, que configuran lo que Juan César García denominó *medicina estatal* cuya esencia es la sanidad, enfocada a identificar en el ambiente sustancias químicas nocivas y microorganismos productores de enfermedades para tratar de prevenirlas mediante medidas de control ambiental y la utilización de sueros y vacunas. El saneamiento requerido para la construcción del canal de Panamá por parte primero de los franceses entre 1881 y 1886 y luego de los Estados Unidos entre 1904 y 1914, es uno de los mejores ejemplos de la que bien puede denominarse también **sanidad estatal**. Los franceses perdieron la batalla por las tensiones entre intereses económicos internos, presión del gran capital norteamericano y las escandalosas morbilidad y mortandad producidas en particular por la malaria y la fiebre amarilla. El poderío norteamericano logró imponerse con millones de dólares y el férreo ejercicio de lo que más que una policía médica podría considerarse una **medicina militar** tanto frente al ambiente físico como frente a cada una de las personas implicadas en el proyecto. En este caso, como en muchos otros, **sanear implicó controlar**. Los dos verbos han estado muy unidos, pero en una relación compleja. El control es un medio, el saneamiento sería un fin. En positivo podría decirse que se controla para sanear. Pero no es un fin único, es decir: no sólo se controla para sanear. Se hace también para dominar, para imponer, para eliminar aquello o aquellos y aquellas que sean contrarios al poder en expansión. Al conjugar a continuación el verbo **controlar** podrá comprenderse mejor la esencial relación sanear/controlar.

2. Controlar. Dado que el bienestar, mejor aún: el bienvivir de las personas depende en gran medida de sus interacciones con las demás y con la naturaleza, se hace necesario establecer criterios, pautas y acciones para regular tales interacciones a favor del bienvivir colectivo. Y como cada persona debe ajustar también sus hábitos, conductas y decisiones al interés mayor de su propio bienestar y el de los demás, se requiere también del autocontrol a partir de pautas aceptadas o impuestas.

Se controla lo controlable de la naturaleza y de los animales. Se controlan los alimentos y los medicamentos. Y se controla la conducta humana. El control social requiere de estados fuertes. En la edad media se mezclaba la atención con el control de los pobres y los mendigos. Posiblemente la culminación del intento controlador se dio con el planteamiento del médico alemán Johann Peter Frank (1745-1821), sobre *la Policía Médica*. Es un intento de regular y controlar desde los más íntimos comportamientos en todas las edades y circunstancias de la vida individual hasta las conductas sociales, y de indicar al Estado todas las medidas que debe tomar para proteger la salud pública ejerciendo, por la vía policial, todo su poder para hacerlas cumplir. Henry Sigerist considera esta versión como una **“higiene desde arriba”** y no vacila en considerar como absolutista la posición J.P. Frank. En la misma dirección, el historiador español de la medicina Pedro Laín Entralgo calificó a Frank como “el más ilustre de los médicos al servicio del despotismo ilustrado”, corriente cuyo lema era: “Todo para el pueblo, pero sin el pueblo” (Laín E.P. 1978, 383).

El control se hace más fuerte en algunos escenarios y para algunos sectores sociales, por ejemplo las prostitutas. En Inglaterra, se establecen controles estrictos para los trabajadores. Los desarrollos antes mencionados de la Higiene incluían normas detalladas para el control de las conductas y pautas morales con pretendida universalidad.

Las normas y prácticas de control se concretan en **la higiene**. Si se refieren a la persona, configuran la **higiene privada**, cuyos grandes maestros en la antigüedad fueron los griegos, y si lo hacen a los espacios, condiciones o costumbres colectivas, integran la **higiene pública**, ya aludida, y más desarrollada en Europa a partir de los romanos. Ambas dimensiones de la higiene buscan la **sanidad**, entendida como el conjunto de medidas y servicios de predominio estatal, para lograr la salud de las poblaciones. Se ha hablado también de **salubridad**, derivada de **salubre** que, según el Diccionario de la Lengua Española, es todo aquello bueno para la salud. Desde finales del siglo XVIII el filósofo Emmanuel Kant trató de diferenciarlas en función de los beneficiarios potenciales: “Aquello que es bueno para la salud de cada uno, se denomina saludable; aquello que compete a todos, salubre” (Dominique, L. 2004, 606). La diferenciación no es exacta dado que hay muchos aspectos que no competen sólo a los individuos sino a todos, como el buen clima, el agua limpia, el aire sano y que, por tanto, reconocemos como **saludables**. En consonancia con el énfasis dado en los distintos países a la sanidad o a la salubridad, a sus agentes se les denominó como **sanitaristas** o como **salubristas**.

La **higiene** no es patrimonio de occidente. Con una inspiración fuertemente religiosa, la medicina oriental tuvo durante varios siglos en su componente práctico, normas diferenciales de higiene para ricos y otras para pobres. Por su parte los griegos, como se dijo, practicaron y desarrollaron la higiene personal. La medicina galénica dedicó todo un tratado – *De sanitae tuenda* (*La sanidad que debe observarse*) – a los hábitos higiénicos que tenían que ver con el aseo del cuerpo y la higiene oral, y con conductas relacionadas con el origen de las enfermedades, tales como: desórdenes sexuales y alimenticios, emociones o trabajos desmedidos, sueño y vigilia, venenos, baños inadecuados y que, dentro del modelo causal galénico de la enfermedad, se incluyeron en la denominada causa externa (Laín E.P. 1978. 104). En general en occidente,

como ya se mencionó, la higiene alcanza sus mayores desarrollos conceptuales a finales del siglo XIX y comienzos del XX. Las condiciones de insalubridad extrema en que vivía el proletariado inglés lo llevaron a reaccionar y movilizarse, y la burguesía y los gobernantes se vieron forzados a estudiar la situación e implementar estrictas medidas de sanidad pública, en especial en los centros de trabajo. No fue por casualidad que **la primera Ley de salud pública** se produjo en Inglaterra en 1848 y que desde ese país se extendiera un fuerte movimiento higienista por Europa y sus colonias en el resto del mundo.

De hecho los conquistadores españoles y portugueses trajeron e impusieron en América Latina los conceptos y prácticas de la higiene pública europea que, según E. Quevedo predominaron hasta bien entrado el siglo XIX (Quevedo, E. 2000. 17). Desde el virreinato existieron instituciones como el Tribunal del Protomedicato que controlaba tanto el ejercicio de la profesión médica, como el funcionamiento de las boticas y orientaba a los Ayuntamientos para dictar medidas higiénicas (García, J.C. 1994. 98). En Colombia se dio a lo largo de la conquista y de la colonia una tensa confrontación entre los saberes y prácticas en salud de los indígenas, la población negra y los conquistadores, funcionarios e inmigrantes europeos. Se dieron algunos procesos de integración, pero primó la imposición, con frecuencia violenta, de la higiene pública surgida de la ilustración europea. El control de los cuerpos, las creencias, los valores y las costumbres de los conquistados formaban parte fundamental del proyecto global de dominación y expropiación. Al final de la colonia era claro, dominante y relativamente efectivo el modelo higienista. Los escritos de don José Celestino Mutis son ilustrativos al respecto. Se refieren al origen y al control de las enfermedades contagiosas, como la lepra y la viruela, y a las acciones necesarias para el saneamiento: destrucción de platanales en las ciudades, desecación de pantanos, ubicación y manejo de cementerios (Quevedo, E. Pérez, G. et al. 2008). Mientras la concepción acerca de la lepra ha estado muy ligada en

el país a nociones religiosas, como su asociación con la herejía y los pecados relacionados con el sexo, su manejo fue durante siglos una mezcla de exclusión social y reinserción caritativa, y sólo tardía y parcialmente recibió tratamiento medicamentoso (Obregón, D. 2002). Y si bien la derrota final de la viruela fue a manos de la vacuna, como se verá al conjugar el verbo prevenir, antes de ella la denuncia de los contagiados y su estricto control social, que incluía hasta el señalamiento público de su residencia, jugaron un papel importante en las letales y frecuentes epidemias primero en Europa y luego en las colonias.

La higiene devino en occidente a finales del siglo XIX en un saber y una práctica totalizadores. Eduard Reich la definió en 1870 como “la totalidad de esos principios cuya aplicación intenta mantener tanto la salud como la moral social, eliminando las causas de la enfermedad, y ennoblecer al hombre tanto física como moralmente. El concepto de higiene comprende bastante más que aquello que se comprendía antes bajo las denominaciones de dietética y policía médica” (Rosen, G. 1975). “La higiene, o la teoría de la salud y del bienestar, es la filosofía, la ciencia y el arte de la vida saludable para el individuo, la familia, la sociedad y el Estado” (Rosen, G. 1985. 106). Ambos textos explicitan algo que puede observarse en el desarrollo de la higiene: la persistente unión del objetivo higiénico con el objetivo ético y el control político y social. Una misma estrategia unía y buscaba la sanidad del ser humano, la moral social y el control de los trabajadores y los pobres. En 1913 la higiene llegó a ser considerada por un Brasileño, el Dr. A. Peixoto, como “la nueva medicina” (Arouca, S. 2008, 105). Como lo aclaró el mismo Arauca, esta higiene de la segunda mitad del siglo XIX está también caracterizada por su vínculo con las ideologías liberales que reivindicaban y enfatizaban las responsabilidades individuales frente a la salud.

A pesar de enunciados como los anteriores, la higiene no alcanzó a erigirse como una ciencia

sino como la aplicación de diferentes ciencias al servicio de la preservación del bienestar. **La medicina preventiva**, que empezaba a aparecer, era considerada por entonces como la parte de la higiene encargada no de curar, sino de prevenir la ocurrencia de las enfermedades.

Como una versión reformista de la vigorosa **medicina social** surgida en Europa - en especial en Alemania, Francia e Inglaterra - a mediados del siglo XIX, el médico alemán Alfred Grotjahn avanzó al comenzar el siglo XX, en la conceptualización de la higiene planteando la **higiene social**. En su concepto, la higiene social - como ciencia descriptiva y normativa - es un complemento necesario de la higiene físico-biológica y se refiere concretamente al reconocimiento de los efectos en la salud de las condiciones sociales en las que viven - nacen, crecen, trabajan, disfrutan, procrean y mueren - los seres humanos (Rosen, G. 1975, 115). Como puede advertirse, ya no se está sólo en el terreno del individuo y del mundo material en el que bastaba que el enfermo o impuro fuera aislado o purificado, o se suministrara agua potable. Se avanzaba de lo privado a lo público y de las condiciones materiales a las condiciones sociales, a lo que en la actualidad entendemos como **determinantes sociales** de la salud. Posiblemente esta osadía de la higiene social de incursionar en las fuertes relaciones del ordenamiento económico, político y social con el bienestar colectivo, le costó a ella y a la higiene en general la desconfianza de otros saberes y poderes emergentes. En efecto, apoyados en los descubrimientos de la bacteriología que permitieron identificar los agentes causales de algunas enfermedades y alimentaron el sueño de exterminarlas, en el regreso a los determinantes biológicos de las enfermedades y en la apertura al mundo promisorio de la prevención, los intereses económico-político-tecnológicos dominantes a finales del siglo XIX y comienzos del XX lograron reforzar la medicina clínica, imponer el saber y la actitud preventiva bajo el nombre de Medicina Preventiva y desplazar a la higiene.

3. Prevenir. Las prácticas y conductas preventivas, como ya se ha indicado, son milenarias en la humanidad. Y cada una de ellas implicaba y respondía al mismo tiempo a una determinada concepción de la enfermedad y de sus causas, pues sólo se puede prevenir aquello cuya naturaleza, causa y dinámica se conocen o se cree conocer. En cierta forma se saneaba para prevenir las enfermedades. La dietética tenía también una intención preventiva dado que la dieta adecuada hacía al ser humano más resistente a la enfermedad. Pero es desde el descubrimiento de la primera vacuna por parte de Edward Jenner al terminar el siglo XVIII, y en especial desde la denominada revolución microbiológica en la que jugaron papel protagónico Louis Pasteur, 1822-1895 y Robert Koch, 1843-1910, al momento del desarrollo del capitalismo y del surgimiento de la ideología liberal de finales del siglo XIX, que la medicina pudo **prevenir** y que este se convirtió en el verbo emblemático de la SP. Aun en el lenguaje popular, la competencia entre la prevención y la curación se ha resuelto a favor de la prevención: es mejor prevenir que curar. Y tiene lógica que así sea dentro del paradigma etiológico de las enfermedades dado que etimológicamente prevenir significa conocer con anticipación un posible daño y tratar de evitarlo. Como el posible daño constituye la esencia del *riesgo*, otra categoría muy cara al saber clínico y epidemiológico - algunos lo consideran inclusive como el concepto fundamental de la epidemiología (De Almeida Filho, N. 2000) - la prevención tenía todas las de predominar.

El diccionario preventivo se centró en la modernidad en verbos como vacunar, fumigar, sanear, encerrar, informar, educar. En las tareas derivadas de la ejecución de este conjunto de acciones se generaron fuertes tensiones entre lo individual y lo colectivo, entre el interés del cuerpo humano y el del cuerpo social. Las fuertes resistencias a las campañas de vacunación expresan con claridad tales tensiones. De hecho varios de los líderes e impulsores de las vacunas tuvieron que probar en sí mismos o en sus familiares las

bondades del novedoso procedimiento, y algunos pagaron con sus vidas parte del costo de la prevención. Pero no sólo entonces y en el campo de las vacunas se vivió la tensión bienestar individual-bienestar colectivo. La obligatoriedad del reporte de los casos de enfermedades infecciosas y transmisibles mantiene vigente hasta hoy este dilema ético. Pero sin duda los logros de la prevención han pagado con creces sus costos. Solo en esperanza de vida los avances han sido impresionantes y pueden atribuirse en buena parte a la prevención convertida en política y en acciones estatales. Según el informe de Chadwick, la esperanza de vida en la Inglaterra de mitad del siglo XIX era entre 35 y 40 años para los aristócratas, entre 22 y 25 para los artesanos y comerciantes y entre 16 y 20 para los obreros industriales, evidenciando una sociedad esencialmente inequitativa. En el mismo país al empezar la primera guerra mundial la esperanza de vida promedio superaba ya los cincuenta años (Lain E. P. 1978. 536).

Todo el higienismo del período anterior era de cierta manera un proyecto de prevención de las enfermedades. Y si bien las enfermedades se previenen para preservar la salud y prolongar la vida, es claro que el foco del preventivismo es la enfermedad. Ella se convirtió en el epicentro del saber y del hacer médico. Con Leavel y Clark el **modelo preventivista** llegó a tener tintes totalitarios a mitad del siglo XX, como había pasado con la higiene medio siglo antes. Ellos resumieron prácticamente todo el qué hacer médico-sanitario en los tres niveles de prevención: la prevención primaria, la secundaria y la terciaria. La prevención primaria se refiere a la protección de las poblaciones vulnerables y comprende el mejoramiento de las condiciones económico-sociales y buena parte de lo que posteriormente se delimitó como promoción de la salud. La prevención secundaria se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno de la enfermedad, tarea específica de la clínica. Y la prevención terciaria comprende la reducción de las secuelas de la enfermedad, la recuperación de las habilidades perdidas o deterioradas y la rein-

tegración al entorno laboral, afectivo y social de quienes han padecido la enfermedad. A ese conjunto de saber y hacer clínico-preventivo que se proyectó e impuso desde los Estados Unidos fue al que Edmundo Granda denominó **enfermología pública**, sobre la que se volverá más adelante (Granda, E. 2009, 112)

Siguiendo los lineamientos de Michel Foucault, Sergio Arouca analizó con rigor en su tesis doctoral de 1975 (Arouca, S. 2008) el proceso y las determinaciones de la conversión de la prevención en una formación discursiva: **la Medicina Preventiva**, y las tensiones de esta formación discursiva que la llevaron a su propia encrucijada, que Arouca denomina **el dilema preventivista** y que realmente no es uno sino varios dilemas. Reconociendo la complejidad del tema propuesto por Arouca, dada la importancia de sus aportes, se presenta a continuación sólo una síntesis. Lo que Arouca analiza, en primer lugar, es la erección del saber preventivo, ampliado y fortalecido con el triunfo de la revolución micro-biológica, legitimado por sus éxitos visibles en indicadores tales como la reducción de las enfermedades y el aumento de la esperanza de vida, y armónico con el ejercicio liberal de la medicina liberal y clínica, en un saber, una estructura educativa y de prestación de servicios y – por tanto – en el poder dominante en salud en la sociedad. Lo relacionado al saber y a la estructura educativa en salud, con la masiva creación de Departamentos de Medicina Preventiva tanto en los países centrales como en los periféricos, se retomará al conjugar el verbo educar, al igual que lo relativo a la estructura de los servicios de salud y seguridad social se esbozará al tratar el verbo organizar. Entre tanto interesa comprender cómo en la transición de la hegemonía británica a la de los Estados Unidos, entre los comienzos de la primera guerra mundial y la denominada gran depresión de finales de la década del 30, y justo al ritmo de los grandes intereses político-económicos de la sociedad norteamericana, se construye un amplio campo de saber y de intervenir en salud, denominado Medicina Preventiva. Este surgimiento, según el propio Arouca,

tiene precisamente su origen en Inglaterra y en los Estados Unidos. Ya en 1920 el bacteriólogo norteamericano Charles Edward Winslow formuló una definición de salud pública en la que daba prioridad al tema de la prevención de las enfermedades e incluía en ella varios de los que aquí venimos desarrollando como los verbos esenciales de la salud pública (OPS, 1992, 187). En Gran Bretaña se concreta en 1922 el rediseño de la formación médica, integrando los contenidos de la Medicina Preventiva. Y en los Estados Unidos la práctica liberal de la medicina, ampliamente dominante, trata de integrar los nuevos avances de la medicina preventiva, pero impidiendo una intervención mayor del Estado en el que consideran su campo de acción. Un aparte de la declaración final del encuentro de la Asociación Médica Americana en Boston en 1920 ilustra bien el escenario y los temas en tensión: *“Resulta necesario que la profesión médica desarrolle un método por el cual los grandes avances de la medicina moderna en cuanto a diagnósticos, tratamiento y prevención de enfermedades sean puestos al alcance de todos. Se cree que esta función debe ser realizada por los profesionales de la medicina y no por algún tipo de Medicina Estatal”* (Arouca, S. 2008, 114). Pocos años más tarde la Asociación Americana de Salud Pública, enfatizando las responsabilidades familiares e individuales en salud, pero sin atacar la intervención estatal, reconoció así el auge de la medicina preventiva: *“Que la medicina preventiva debía ser considerada el corpus de conocimiento y aquellas prácticas que contribuyen al mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades del individuo o la comunidad, y que la salud pública debía ser considerada como salud de la comunidad, a través de medidas preventivas o correctivas, o ambas”* (Arouca, S. 2008, 112).

El discurso preventivista es entonces un discurso crítico de la educación y la práctica médicas anteriores, que propone un saber y una actitud transformadoras, respaldadas por los nuevos insumos tecnológicos médicos y educativos. Pero lleva en sí mismo los gérmenes de sus dilemas:

privado/estatal, individual/colectivo, saber/poder, prevenir/curar, mantener/transformar.

La Medicina Preventiva llegó a considerar la utopía de una sociedad sin enfermedades. Pero tenía claro que sólo era posible conjugando el saber científico y los recursos tecnológicos con transformaciones de fondo en la estructura del poder y en el orden de prioridades socialmente dominantes. Tales transformaciones, bastante próximas a los postulados de la higiene social de comienzos del siglo XX, trascendían y trascienden el saber y el poder médicos, sobre los cuales pretendió imponerse el modelo preventivista. Al darse ellas en un nivel y a un ritmo muy limitados, la medicina preventiva ha tenido que reconocer sus propias insuficiencias, renunciar a su sueño hegemónico y aceptar un papel de reparto en la película de la salud. El preventivismo fue derrotado, pero la prevención seguirá siendo actitud básica e integrante fundamental de cualquier proyecto sanitario y de salud pública.

4. Promover. Es el más joven de los verbos esenciales de la salud pública. No hacía parte de la higiene y sólo empieza a desarrollarse conceptualmente en el campo sanitario desde mediados del siglo XIX. Lo encuentro por primera vez referido a la salud en un artículo de Rudolf **Virchow** de 1848, citado por George Rosen. Al discutir el papel del Estado democrático en la garantía de las que considera las dos principales condiciones de bienestar colectivo – la salud y la educación – afirma que “...es misión del Estado entregar los medios, con base en las más amplias posibilidades, para mantener y *promover la salud y la educación* a través de actividades públicas...” (Rosen, G. 1985, 81) Setenta años después **Winslow**, ya citado, al definir la salud pública la consideró como la ciencia y el arte no sólo de prevenir las enfermedades, sino también de “... *fomentar la salud y la eficiencia física*...”. Pero en pleno auge liberal y mercantil, no hubo espacio para esta dimensión que ofrecía poca rentabilidad inmediata. No obstante, en 1945 la

vuelve a plantear el historiador Henry Sigerist. La considera como una de las cuatro tareas fundamentales de la medicina. “*La salud se promueve – escribió – proporcionando un nivel de vida decente, una buenas condiciones laborales, educación, cultura física y medios para la recreación.*” (OPS, 1992. 191). Tampoco encontró audiencia, posiblemente por su posición ideológico-política y por el momento hegemónico del morbicentrismo y de la medicina clínica, unidos en la Medicina Preventiva liberal e individualista y funcional a la pujante industria médico-farmacéutica.

Buscando un nuevo concepto y horizontes más amplios para la salud pública, y reconociendo lo que se llamó “*la crisis de la salud pública*”, que muy posiblemente era en realidad la crisis del modelo preventivista, la idea de la Promoción de la Salud –PS– renace hace un cuarto de siglo en Ottawa, Canadá. Los asistentes a la reunión, provenientes de los llamados países desarrollados de todas las regiones del mundo y de algunos países pobres, pero ninguno de América Latina, formularon en noviembre de 1986 la **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**. En ella afirman que “*La PS consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*” (OMS, 1986). Señalan que se trata de un concepto positivo de la salud, la cual tiene a su vez una serie de prerequisites, entre ellos la paz y la equidad. Destacan la importancia de la participación efectiva y concreta de la comunidad para la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud.

El concepto y las respectivas prácticas de promoción de la salud han tenido desde entonces un importante desarrollo (OPS-OMS, 1992. Terris, M. 1992. Restrepo, H. 1992. Labonté, R. 1992. Franco, S. Ochoa D. Hernández, M. 1995. Arroyo, H.V. Cerqueira, M.T. 1.997. Czeresnia, D. Machado de F.C. 2008). Las formulaciones básicas han surgido de los debates entre académicos, funcionarios de organizaciones nacionales e internacionales de salud y representantes

de organizaciones sociales y populares que se han comprometido con la estrategia. Varias conferencia internacionales sobre el tema – Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Bogotá, 1992; Yakarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005 – han desarrollado diferentes aspectos y estrategias, tratando de actualizar los contenidos y vincular la PS a las grandes preocupaciones del momento. En Adelaide, por ejemplo, se relacionó con la formulación e implementación de políticas públicas saludables. En Suecia, con los ambientes favorables a la salud. En Bogotá, desde una perspectiva latinoamericana, se enfatizó la equidad como condición fundamental del bienestar y se desarrollaron las relaciones entre salud y desarrollo, y salud y paz (Ministerio de Salud, 1992). Y en la *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado*, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud en 2005, en pleno auge de la corriente de los determinantes sociales de la salud, redefinió la promoción de la salud como “*El proceso de dotar al pueblo para aumentar el control sobre su salud y sus determinantes, incrementando de esa manera su salud*”.

Si bien etimológicamente promoción es la acción de promover, impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, la promoción de la salud tiene diversas acepciones, tres de las cuales han merecido mayor atención (Eslava, J.C. 2006). La primera se refiere a la PS como orientación general de las políticas sanitarias orientadas a intervenir el entorno y modificar los estilos de vida. La segunda considera la PS como conjunto de acciones orientadas a que los individuos y las comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud. Y la tercera como trabajo dirigido a mantener las condiciones de salud y bienestar individual y colectivo. En todas las acepciones el objeto es la salud y el bienestar, a diferencia de la Medicina Preventiva en la que el eje y objetivo directo ha sido siempre la enfermedad. Esta diferenciación entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad ha merecido permanente discusión, siendo cada vez más clara a nivel teórico, pero menos precisa a nivel de la práctica (Czeresnia, D. Machado de

F. C. 2008). Las diferencias se han establecido en el concepto de salud, en el objeto, en el modelo de intervención, en los objetivos buscados, y en los actores de los programas. Cuando predomina la primera de las tres acepciones arriba enunciadas, en especial cuando se orienta a políticas que buscan modificar los determinantes sociales de la salud y el bienestar colectivo, las prácticas de la PS son claramente distintas de aquellas de la medicina preventiva, perfilándose inclusive cercanas a las impulsadas por la Medicina Social y por la Higiene Social. Pero, cuando en las orientaciones y en las acciones prácticas priman los intentos por lograr el desarrollo de aptitudes personales y los cambios en los comportamientos individuales para controlar factores de riesgo, recalando la responsabilidad individual sobre la conducta y los hábitos, y concentrando las estrategias en la información y la comunicación – como ha ocurrido con mucha frecuencia – la promoción de la salud pierde fuerza y contenido y termina identificada con el discurso, los intereses y las prácticas de la Medicina Preventiva.

En un documento reciente y sugestivo, el investigador brasileiro Roberto Passos N. plantea que, así como a partir de la prevención de la enfermedad se erigió la Medicina Preventiva, a partir de la promoción de la salud se ha configurado la **Medicina Promotora** y que ésta es sólo una transformación de la Medicina Preventiva. Dice textualmente: “*Quiero referirme específicamente al proceso de cambio social y de las prácticas de salud que posibilitaron que la medicina preventiva pueda hacer prevalecer universalmente su visión de mundo individualista y liberal al transformarse en medicina promotora (“promotive medicine”, en inglés), o sea, aquella que se concentra en la promoción de la salud*” (Passos, N. R. 2008, 168). Plantea el autor que la popularidad y los éxitos más recientes de la medicina preventiva se deben a su variante: la medicina promotora, que mantiene el epicentro en la noción de riesgo en salud y busca promover en la sociedad nuevas actitudes frente a la salud. Considera que la medicina promotora es también en el fondo una versión cien-

tíficamente más desarrollada de la Higiene y que mantiene la misma ambición de direccionar la totalidad de la existencia humana en nombre de un valor social único, que es la salud. Advierte que, a diferencia de la teoría de la Historia Natural en la que la noción de riesgo hacía parte de un orden multicausal, en la medicina promotora hay la tendencia a un reduccionismo unicausal y a profundizar la asociación entre el riesgo y la responsabilidad personal, generando una acepción moral que puede culpabilizar o aun criminalizar a las personas que se dejen enfermar.

Considerando de gran interés los planteamientos de Passos Nogueira, y reconociendo que algo de lo que él señala realmente ha venido aconteciendo con la promoción de la salud, debo enunciar dos reflexiones que me han suscitado sus análisis. La primera es que tengo serias dudas de que se hayan dado ya las condiciones de desarrollo teórico y práctica social necesarias para considerar que estamos ya ante una formación discursiva que podamos denominar Medicina Promotora. La provisionalidad de muchos de los planteamientos relacionados con la promoción de la salud; el hecho de que sus desarrollos se hayan dado más en espacios de encuentros periódicos de funcionarios, agentes y operadores que en nichos académicos constantes y consolidados; y la diversidad e inmadurez de muchas de las prácticas de promoción de la salud, me llevan a esta reserva en cuanto a la existencia actual de la Medicina Promotora y a considerarla aun mas como un riesgo potencial que como una realidad. Mi segunda reflexión se refiere a que posiblemente la consideración de Passos Nogueira de que la supuesta Medicina Promotora sea tan sólo una versión de la Higiene y de la Medicina Preventiva, obedezca a tener en cuenta sólo o predominantemente uno o dos de los enfoques en desarrollo sobre la promoción de la salud, pero subvalorando o acallando aquel que privilegia su orientación política hacia la transformación no de las conductas individuales, sino de los determinantes sociales del bien vivir y el bienestar, y no por parte del individuo presuntamente culpable sino de la sociedad organizada

y democráticamente participativa. Es una salu-
dable discusión cuyo desarrollo continuaremos.
En todo caso, debo reconocer que posiblemente
la peor variante de la promoción de la salud sea
la animada por el modelo mercantil implemen-
tado en Colombia mediante la Ley 100 de 1993.
En él las *Empresas Promotoras de Salud* nada tie-
nen que ver con la promoción de la salud aquí
discutida y son en cambio y legalmente “*Enti-
dades responsables de la afiliación, y el registro
de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones*”
(República de Colombia, 1994). Es decir: esta ley
colombiana convirtió la promoción de la salud
en administración de seguros económicos indi-
viduales contra las enfermedades, cooptando el
nombre y reduciendo la práctica a vulgares ta-
reas mercantiles. No debe sorprender entonces
que en los programas derivados de tal Ley las
acciones de Promoción se identifiquen con las
de Prevención, bajo la sigla P&P, supeditadas
también a los imperativos mercantiles.

5. Educar. Más allá de sus objetivos convencio-
nales y utilitarios y de sus contenidos temáticos
particulares, la educación es una práctica liber-
taria y un camino hacia la creatividad median-
te la experiencia vital y el diálogo pedagógico.
Tanto el educador, como el educando realizan
el acto educativo mismo en un momento parti-
cular del saber y la tecnología y en un contexto
cultural y económico-político determinado. La
educación no sólo no escapa al ámbito de los
poderes sociales sino que es uno de los mecanis-
mos más utilizados y eficaces para la transmi-
sión e interiorización de los valores y de los con-
tenidos conceptuales dominantes. En el campo
de la salud, y con las respectivas variaciones
histórico-culturales, la educación ha tenido dos
grandes frentes: la transmisión de valores, co-
nocimientos, prácticas y técnicas para conservar
y mejorar la salud y para prevenir las enferme-
dades a nivel de la población general o de grupos
poblacionales específicos, y la formación a nivel
técnico, profesional y especializado del personal
dedicado a la prestación, organización y orienta-
ción de servicios de salud.

En el campo más específico de la salud pública
la educación ha jugado a lo largo de la historia
y en las distintas culturas un papel prioritario,
tanto en los niveles poblacionales general y gru-
pal, como en la participación en la orientación
y formación del personal dedicado a la salud y
a la propia salud pública. Las acciones de sanea-
miento requieren procesos educativos tanto de
los agentes institucionales como de las pobla-
ciones implicadas. La higiene es en sí misma un
proceso educativo para disciplinar y controlar
los cuerpos, las mentes, los ambientes y el apa-
rato social al servicio del bienestar individual y
colectivo, dentro del juego de poderes y saberes
establecidos en cada contexto histórico-social.
Es imposible prevenir enfermedades, cualquie-
ra sea su etiología, curso y pronóstico, sin una
educación adecuada tanto del personal sanitario
como de los pacientes actuales o potenciales y
sus círculos familiares, laborales y vecinales.
Desde la promoción de la salud se considera a
la educación como una de sus estrategias esen-
ciales, y en la práctica con relativa frecuencia se
reduce la promoción de la salud a acciones edu-
cativas.

En la sociedad griega, en la que ser hermoso (va-
lor estético) y estar sano (valor higiénico) eran
los mayores bienes, la educación se orientaba al
óptimo y equilibrado desarrollo del cuerpo y la
mente de los hombres de los estratos altos, evi-
tando en todo caso los desequilibrios mediante
un modo de vida sano (Rosen, G. 1993, 12). El
proceso educativo comprendía desde la primera
infancia e incluía ejercicios físicos, retórica, gim-
nasio, manejo de armas y cuidadoso ejercicio
de normas higiénicas y dietéticas. En la Roma
antigua al parecer importó más la construcción
de infraestructura que la educación sanitaria,
pero el galenismo influyó decididamente en la
educación para que la población, en especial la
aristocracia, los poderosos y los gladiadores, de
los cuales el propio Galeno era el médico de ca-
becera, cumplieran las normas y observaran las
conductas prescritas por la higiene para evitar la
enfermedad y tener mejor salud. La edad media
no se distinguió propiamente por el impulso a la

educación en ninguno campo, y la salud no fue
la excepción.

A finales del siglo XVIII los planteamientos de
Juan Jacobo Rousseau en su “*Contrato Social*” en
relación con la bondad natural de los hombres,
pero su degradación por la acción de poderes y
gobiernos absolutistas, llevaron a serias impli-
caciones en salud y en educación. El pensador
afirmaba que la gente es desgraciada porque no
se ilustra y se enferma por ignorante. La educa-
ción, y él enfatizaba la educación en salud, cum-
plía entonces para el pueblo el doble papel de
salvarlo de la desgracia y evitar la enfermedad.
A este proceso educativo de la población y a las
prácticas derivadas lo llamó después Henry Si-
gerist **higiene desde abajo, en contraposición
a la higiene desde arriba** que formuló e impulsó
J.P.Frank (Sigerist, H. 2007. 74).

Pero fue la Medicina Preventiva la que realmen-
te devino en un proyecto educativo en la doble
dimensión ya anotada: educación de la pobla-
ción y educación médica. Los salubristas fueron
en buena medida educadores de la población y
prácticamente no existía práctica preventiva
que no fuera también educativa. El referente
continental, y casi mundial, de la salud pública
de principios del siglo pasado –que era en esen-
cia medicina preventiva o, en los términos ya
citados de Granda, enfermería pública – fue
la Universidad de Johns Hopkins. Su Escuela
de Salud Pública, ideada por Simón Flexner,
William Welch y William Howell con el sólido e
interesado apoyo de la Fundación Rockefeller,
se estructuró con base en dos Departamentos: el
de **Higiene Patológica**, dedicado a la búsqueda
de agentes patógenos riesgosos, y el de **Higiene
Fisiológica**, dedicado a la enseñanza de la nu-
trición, las reglas del buen vivir, la administra-
ción, la epidemiología y la ingeniería sanitaria
(Granda, E. 2009, 114). En ella enseñaron y se
formaron muchos de los pioneros de la salud
pública y la educación médica no sólo de los Es-
tados Unidos sino de nuestros países latinoame-
ricanos y de otras regiones del mundo, y desde

allí se expandió con rapidez por todo el mundo
una concepción y práctica no sólo de la medici-
na preventiva, sino de la medicina, asumiendo
como perspectiva central la orientación biomé-
dica (Eslava, J.C. 2004) y basando la formación,
en consecuencia, en las ciencias y la investi-
gación biomédica y en la atención hospitalaria
de los pacientes. Este modelo, que R. Brown
denominó **Rockefeller Medicine Men** (Brown
E.R.1979) y Elizabeth Fee **el Modelo Hopkins**
(Fee, E. 1987. 215) estaba orientado y cumplió
un importante papel no sólo en lo académico,
sino también en lo económico y político. Sirvió
en sus orígenes como un campo intermedio
entre los intereses del más crudo capitalismo
en expansión y los proyectos revolucionarios
socialistas y anarquistas. Con su consolidación
a nivel mundial, favoreció abiertamente los in-
tereses del capital y contribuyó a neutralizar los
proyectos de transformación radical de la socie-
dad. En el campo particular de la epidemiología,
Jaime Breilh analiza lucida y agudamente cómo
la intervención de la Fundación Rockefeller en
la epidemia de fiebre amarilla de principios del
siglo pasado en México tenía poco de filantrópi-
ca y mucho de llevar el proyecto hegemónico a la
epidemiología (Breilh, J. 2004). Otras escuelas
de medicina de los Estados Unidos propusieron
otros modelos – la de Harvard, basando la for-
mación de salud pública en la ingeniería sani-
taria y orientándola hacia la higiene industrial
y la reducción de la mortalidad infantil, y la de
Columbia que resaltaba la dimensión social de la
salud pública y enfatizaba por tanto la economía
política (Granda, E. 1993. Eslava, J.C. 2004) –
pero no tuvieron ni el respaldo, ni la suficiente
sincronización con los intereses dominantes y
por eso, aunque se mantuvieron, no lograron
la hegemonía que por un tiempo conquistó Ho-
pkins.

Para el modelo de Hopkins la medicina debía in-
tegrar la medicina preventiva y, en consecuen-
cia, los médicos debían adquirir en su formación
conocimientos y una actitud preventiva. En un
comienzo se pensó en fusionar las escuelas de

medicina con las de salud pública pero resultó, según la expresión de Elizabeth Fee, una especie de “matrimonio infeliz” (Fee, E. 1978, 227). Por eso se consideró mejor que las escuelas de medicina tuvieran Departamentos de Salud Pública. Se iniciaron entonces desde la mitad del siglo pasado una serie de encuentros y conferencias internacionales para impulsar la estrategia y lograr la creación de los novedosos Departamentos. Por su importancia merecen destacarse entre ellas: las de Colorado Spring, en los Estados Unidos y Nancy, Francia en 1950; la de Viña del Mar, Chile, en 1955, con participación de directivos y profesores de Medicina Preventiva de Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, y la de Tehuacan, México, en 1956, con representantes de escuelas de medicina del propio México, de Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador y los países centroamericanos. A los seminarios regionales siguieron luego, entre 1955 y comienzos de los setenta, seminarios nacionales en la mayoría de los países latinoamericanos, con la consiguiente creación de los respectivos Departamentos, primero en las Facultades de Medicina, pero luego también en otras Facultades del área de la salud, como Enfermería y Odontología. Conviene anotar que no siempre el nombre de los Departamentos fue el de Medicina Preventiva. Con frecuencia se llamaron: de Medicina Preventiva y Social, de Higiene y Medicina Preventiva, o de Medicina Preventiva y Salud Pública. Y si bien las denominaciones no implicaron diferencias de fondo en lo que en ellos se enseñaba (García, J.C. 1994, 205), sí expresaban el peso persistente que otras corrientes y prácticas habían tenido y continuarían teniendo en la formación en salud pública. En Colombia por ejemplo, en donde ya existía la Escuela Superior de Higiene, creada en 1949 e incorporada a la Universidad Nacional desde 1950, se crearon Departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad del Valle en 1956, con el liderazgo del doctor Santiago Renjifo (Eslava, J.C. 2004, 57), y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en 1957, bajo la orientación del doctor Héctor Abad Gómez (Franco, S. 2007). Como anota

Arouca, “*La Medicina Preventiva asume así la forma de un movimiento social que...se esparce en una red, en una dinámica de influencias, en un despertar y reforzar conciencias*” (Arouca, S. 2008, 129). A nivel de posgrado, la formación en salud pública se inició en América Latina a partir de la década del sesenta, primero en cursos y maestrías, y luego en doctorados (Borrell, R.M. y Róvere, M. 2004), con distintas denominaciones. En el campo de la medicina social la formación de posgrado en América Latina se inició en la década del setenta del siglo pasado y desde entonces se ha expandido progresivamente, pero su presencia y su impacto son todavía insuficientes y, en ocasiones, marginales. Hoy se dispone de una oferta amplia y variada de educación en salud pública, con diferentes enfoques, áreas de énfasis y niveles de calidad en toda la región. Y, a partir del desarrollo de enfoques transversales -como género, clase social ó ambiente - y de temas específicos, tales como: nutrición, educación sexual, salud en el trabajo, salud pública mental, salud internacional, se van generando nuevos campos de conocimiento, formación y trabajo en salud pública.

6. Organizar. En el campo de la salud pública el verbo organizar se ha conjugado casi exclusivamente en la organización de servicios de salud y muy poco en la organización y movilización de las poblaciones para participar en las tareas de su salud y del ejercicio de su derecho a ella. Y si bien las instituciones dedicadas a esta tarea organizativa han surgido con frecuencia de luchas sociales y de confrontación de intereses entre ricos y pobres, trabajadores y patrones, campesinos y terratenientes, y han recibido en su momento el apoyo o de sectores religiosos o académicos, o de empresas industriales y sus agencias filantrópicas, como las Fundaciones Kellogg y Rockefeller desde los Estados Unidos, su actor principal fue durante mucho tiempo el Estado. De hecho la ejecución de medidas de saneamiento, higiene o prevención requieren de una autoridad, y la más comúnmente aceptada es la del Estado. Recíprocamente, la realización

de tales tareas y los logros derivados de su ejecución, se convirtieron en una importante fuente de legitimidad para los Estados. En especial con el auge neoliberal, a partir de la década del 80 del siglo pasado, se redujo la presencia y participación del Estado y, al convertir la prestación de servicios de salud – en particular la gestión del riesgo y la atención de las enfermedades en objetos de ganancia y productos de mercado – los actores centrales fueron los organismos financieros trasnacionales, en particular el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Su influencia se ha hecho sentir inclusive en la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales. La rentabilidad sustituyó al interés por la salud pública en la organización, la gestión, la administración y la evaluación de los servicios de salud, más exactamente: de aseguramiento en salud.

Las guerras han cumplido también un papel importante en la organización, la orientación y el desarrollo de los servicios de salud y, en particular, de salud pública. Y justo después de la segunda guerra mundial los Estados decidieron crear instancias y organismos internacionales para orientar, coordinar y apoyar el trabajo en áreas prioritarias, la salud entre ellas. Así surgió en 1948 la Organización Mundial de la Salud, con sus dependencias regionales, aunque es preciso recordar, como ya se anotó, que en América funcionaba ya desde comienzos del siglo XX la Oficina Sanitaria Panamericana, fundada para hacer posibles las acciones de control sanitario requeridas en los diferentes puertos y países por el comercio en expansión de los Estados Unidos.

Desde la antigüedad las primeras organizaciones sanitarias para atender – pero también para aislar y controlar – a los pobres, enfermos y dementes, fueron *los hospicios y hospitales*. Los hospitales públicos, originarios de Bizancio, tuvieron gran importancia en el mundo islámico. En los siglos VII y VIII existían ya hospitales en Damasco, Bagdad y El Cairo (Laín E.P. 1978, 177). En occidente, al terminar la edad media y comenzar la era moderna, toman fuerza las ins-

tituciones hospitalarias, algunas dedicadas a enfermedades específicas, como la sífilis, la lepra, la tuberculosis y los trastornos mentales. En los siglos XVI y XVII se fundaron órdenes religiosas dedicadas a la asistencia hospitalaria de enfermos, tales como los hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y las hermanas de la caridad o de San Vicente de Paúl. Fue en el siglo XVII cuando los hospitales se convirtieron en centros tanto de atención de enfermedades como de enseñanza de la medicina. En Inglaterra los hospitales antiguos eran justamente instituciones religiosas dedicadas al cuidado de los desamparados y sólo al empezar el siglo XIX se empezaron a crear asilos públicos para el cuidado de los enfermos mentales pobres, entonces llamados *lunáticos*, y un poco más adelante se crearon también otras instituciones asistenciales surgidas de la Ley de Pobres de 1834 (McKeown, T. 1981).

Pero no sólo se crearon y organizaron hospitales. Se requirieron también instancias gubernamentales de nivel nacional o regional que pudieran centralizar, priorizar, coordinar y ejecutar las acciones de salud pública. En Francia en la primera mitad del siglo XIX el fuerte desarrollo de las ciencias sociales, la emergencia de epidemias y la crítica situación de los trabajadores, dramáticamente representada por el estudio de Luis René Villermé sobre las condiciones de salud de los trabajadores textiles, propiciaron no sólo el desarrollo de medidas sanitarias sino también la creación, en 1848 de los **consejos de salubridad** (Rosen, G. 1993, 228). Por su parte en Inglaterra la revolución industrial y las luchas de los trabajadores presionaron la promulgación de leyes y reglamentos laborales y el establecimiento de medidas ambientales regidas por el Estado también desde 1848. Un siglo después Inglaterra crearía su **Servicio Nacional de Salud**. Inglaterra fue además pionera en proponer un modelo de planificación de salud que, a partir de la situación de morbi-mortalidad, pudiera definir las necesidades de atención médica. Alemania, transformada por el proceso de industrialización, agitada por los intentos revolu-

cionarios y luego reformistas de mitad del siglo XIX, e ilustrada por los aportes de la naciente corriente de **medicina social**, en particular de Rudolf Virchow y Salomón Newman, estableció rígidas normas para impedir el trabajo de los niños menores de 14 años, mejorar las condiciones higiénicas de las ciudades y las fábricas y regular el trabajo de las mujeres embarazadas. En 1848 se propuso en Alemania una Ley de Salud Pública, y en 1876 empezó a operar una especie de Ministerio de Salud, que fue el comienzo de una organización unificada de salud pública a nivel nacional. Más tarde el país sería pionero en organizar un sistema de seguridad social.

En América Latina, en donde también existieron tempranamente hospitales a cargo de comunidades religiosas y en donde los países colonizadores europeos establecieron algunas instancias de organización y control sanitarios como el Tribunal del Protomedicato, sólo a partir de 1880 empiezan a crearse direcciones o departamentos nacionales dedicados a problemas específicos, entre ellos la salud. Y fue entre 1880 y 1930 cuando surgió lo que Juan César García denominó **medicina estatal o sanidad estatal**, propia del Estado liberal-oligárquico y caracterizada por la creación de entes burocráticos para la dirección, organización, normatización y ejecución de las acciones higiénicas y preventivas. Argentina fue el primer país de la región en crear una dependencia estatal para los asuntos de sanidad, de nivel nacional. La siguieron Uruguay y Brasil. Y, con diferentes nombres como Consejo Nacional de Higiene, Directoría General de Salud Pública, Departamento Nacional de Higiene, Dirección Nacional de Salubridad, Junta Central de Higiene o Dirección Nacional de Sanidad, los Estados asumieron un papel rector y ejecutor de políticas y acciones de salud pública y pusieron las bases para lo que hoy son los Ministerios de Salud o sus equivalentes (García, J.C.1994, 102). En Colombia se creó desde 1886 la Junta Central de Higiene. Tres décadas más tarde la combinación de los intereses del capital monopolístico trasnacional con los de la burguesía nacional productora, comercializadora y expor-

tadora de café, generó las condiciones para la creación, en 1918, de la Dirección Nacional de Higiene (Hernández, M. 2002).

La medicina preventiva tuvo siempre entre sus contenidos y objetivos la organización y administración de los servicios de salud. El modelo Hopkins fue explícito al respecto, incluyó el área de administración en el departamento de Higiene Fisiológica, y muchos de sus líderes y egresados fueron destacados administradores de servicios de salud. El modelo influyó de manera significativa en la organización de las instituciones nacionales y regionales de salud antes mencionadas.

En la segunda posguerra, como respuesta a la consigna y al imperativo general de *seguridad*, a la creciente organización y movilización de los trabajadores, y al interés de las empresas aseguradoras, se crearon en la región las instituciones de seguridad social, cuyo análisis trasciende el objeto y las posibilidades de este texto.

Como ya se anotó, el auge neo-liberal de los ochenta orientó las prioridades organizativas del sector salud hacia la administración, la gestión financiera, el diseño de políticas y modelos de aseguramiento en salud y de prestación de servicios, y la gerencia de las respectivas instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios, bajo la orientación y la influencia de organismos financieros transnacionales y al servicio de los intereses del capital nacional y trasnacional. La gerencia y la auditoría en salud se convirtieron también en áreas de la salud pública encargadas de la generación, utilización y gestión de los recursos del sector y del examen de las actuaciones y decisiones del personal y las instituciones del propio sector (Blanco J.H. Maya, J.M. 2005). Muchos de los programas de posgrado en salud pública se dedicaron a capacitar personal para estas dos actividades. Sin desconocer su importancia, es preciso reconocer que en la actualidad la gerencia y la auditoría en salud están realmente centradas en instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de asegu-

miento y atención a las enfermedades (Granda, E. 2009.V-2), y predominantemente al servicio de la garantía de los intereses económicos que han convertido la salud en un campo de enriquecimiento y acumulación de ganancias.

III. Elementos para la conjugación en futuro de los verbos esenciales de la salud pública

Los seis verbos propuestos siguen conteniendo y representando hoy buena parte de la esencia, la responsabilidad social y las tareas pendientes de la salud pública. Sin pretender hacer un inventario de tareas pendientes, en lo que constituiría el comienzo de su conjugación en futuro me permito, como parte de la provocación para la discusión, enunciar apenas algunas de ellas.

¿Sanear-emos? Las tareas de *saneamiento* básico, ya prácticamente completadas en algunos países, están francamente incompletas en la mayoría de ellos, con algunos aspectos preocupantes. Hay todavía millones de personas pobres en el mundo sin agua potable en sus casas, sin adecuada disposición de excretas ni correcto manejo de las basuras. Sólo los indicadores de morbi-mortalidad de algunas enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles siguen siendo alarmas con frecuencia desatendidas y en ocasiones sobredimensionadas. La epidemia inconclusa de cólera en Haití; las recientes pandemias del síndrome de enfermedad respiratoria aguda –SARS– por su sigla en inglés, y de gripe AH1N1; el resurgimiento internacional de la tosferina; y la más reciente mutación de la *escherichia coli*, son ejemplos vivos, entre otras cosas, de las fallencias y desafíos en saneamiento en un mundo desigualmente globalizado.

Pero además la situación sanitaria se agrava y las tareas pendientes del saneamiento se incrementan a futuro con las nuevas condiciones

ambientales derivadas de contaminaciones industriales, visuales y de ruido en las ciudades. Con los desechos de las tecnologías. Con la utilización de la energía nuclear, cuyos riesgos se evidenciaron con los daños de las plantas de Fukushima, Japón, debidos al reciente tsunami. Con la utilización cotidiana de armas irresponsablemente denominadas “no convencionales”. Con el hacinamiento por las carencias o la precariedad de las viviendas. Con el desbordado e inequitativo desarrollo de las medianas y grandes ciudades. Con las condiciones antihigiénicas que acompañan con frecuencia las migraciones internacionales y el desplazamiento forzoso por la violencia, e inclusive con el minado de los extensos campos de las guerras.

¿Controlar-emos? Aún desde la óptica del modelo vigente, son reconocidas las limitaciones e impotencias en las estrategias, los mecanismos y las instituciones de **control y vigilancia**. Más que de control, habría que hablar actualmente en muchos casos de una cierta situación de descontrol sanitario. El caso del control de la calidad y de los costos de los **medicamentos**, algunos de ellos esenciales para la supervivencia, es alarmante y expresa bien la prioridad real de los negocios sobre la salud pública, a pesar de intentos regulatorios por parte de la Organización Mundial del Comercio (Cortés, G. 2005). Algo similar aplica para el control de **alimentos**, muchos de ellos monopolizados por grandes empresas trasnacionales que imponen hábitos y evaden los tímidos e ineficaces controles nacionales de calidad y precios.

En las relaciones de los seres humanos **con la naturaleza y el ambiente** hay amplios territorios sin control alguno o con controles insuficientes ante poderes económico-políticos establecidos. Es el caso de la contaminación de fuentes de agua por explotaciones mineras; de la tala de miles de hectáreas de bosques naturales, y del exterminio de especies animales. La progresiva primacía de los imperativos del mercado en la sociedad y en particular en el campo de la salud

genera argumentos y pretextos para desconocer y evadir los limitados controles del sistema, y ambienta y facilita una ética utilitaria y sumisa contraria al objetivo central de la salud pública que no es otro que el **bienvivir** y el bienestar de las personas y el colectivo.

Otro campo de especial preocupación en presente y futuro es la pérdida de control por parte del Estado y el consiguiente **descontrol de los sistemas de aseguramiento en salud**. El caso colombiano, presentado como modelo de la primera generación de reformas estructurales en sistemas salud a nivel internacional es paradigmático. A partir de la implementación en 1993 de un modelo de salud basado en el aseguramiento individual mediante la compra de paquetes de beneficios o el apoyo subsidiado a paquetes más pequeños, y dentro de lo que se pregonó originalmente como el “pluralismo estructurado” (Londoño, J.L. Frenk, J. 1997), se generaron una serie de apropiaciones privadas de los recursos públicos de la salud por la vía de la intermediación financiera, de barreras al acceso real a los servicios de salud que contradicen en la práctica las presuntas bondades de la ampliación de cobertura, y de evidencias de las inequidades estructurales del modelo, que lo han llevado a lo que ya algunos consideran como su colapso. Sin control social y estatal, cualquier sistema de salud – pero en especial los que supeditan el derecho fundamental a la salud a los imperativos del mercado – conducirá necesariamente al incremento de las inequidades, a la reducción o negación de los servicios básicos, a mayor enfermedad y muerte y al enriquecimiento desbordado de algunos.

El futuro de prevenir. En prevención de enfermedades y de riesgos es preciso reconocer las graves consecuencias negativas del modelo de salud vigente y, por tanto, la urgencia de retomar y actualizar las tareas preventivas. Ni las coberturas de vacunación, ni las acciones clásicas de prevención de enfermedades como las diarreas

infantiles, el dengue, la malaria, la leishmaniasis, la fiebre amarilla – algunas de ellas incluidas en las ahora cínicamente llamadas “enfermedades huérfanas” (Colombia, 2011) – están en niveles compatibles con la dignidad humana, con el conocimiento y las tecnologías disponibles e inclusive con el gasto sectorial. Siguen muriendo o enfermando miles de obreros, trabajadores y mineros por falta de condiciones adecuadas de trabajo y prevención de riesgos laborales.

Es largo también el camino por recorrer en la prevención de *las enfermedades crónicas* cuya frecuencia parece incrementarse en muchos países y a tener un peso relativo mayor en la medida que decrece el peso de algunas enfermedades infecciosas. Y en este campo la prevención se extiende desde el reconocimiento y manejo de los determinantes genéticos y bioquímicos, pasando por los hábitos, condiciones y estilos de vida, hasta la existencia y adecuado funcionamiento de sistemas de salud equitativos y universales y la acción sobre los determinantes sociales.

Y posiblemente el campo más propicio de lo que en presente y futuro me atrevo a llamar la **prevención estructural** es la acción sobre los **determinantes sociales**, ya no de enfermedades específicas, sino de los grandes problemas que alteran negativamente la calidad y dignidad de la vida y posibilitan más muertes, tales como las inequidades de género, de etnia y de ingresos; la exclusión social y la marginación del ejercicio del poder de ciertos grupos de población por razones políticas, culturales y de opción sexual o religiosa; el hambre, la violencia – que en Colombia, por ejemplo, produce una muerte sólo por homicidios cada media hora desde hace más de treinta años (Franco, S. 2010) –, las carencias de tierra, vivienda, empleo, educación e información.

Para promover mejor. Reconociendo algunos esfuerzos y experiencias positivas, es preciso liberar la **promoción de la salud –PS–** de las

desviaciones, las ataduras y los reduccionismos vigentes y dotarla del sentido y la potencia que tiene y merece. No puede seguir tratándose como un programa marginal o como escudo para desviaciones de recursos, ni debe permitirse que devenga en una medicina promotora al servicio del mercado, de una indebida medicalización de la vida, y de la culpabilización y hasta la penalización a nivel individual por los riesgos en salud o las faltas de autocuidado.

La PS aborda también la cuestión del poder en la sociedad, tratando de que tanto en las decisiones personales cotidianas como en las grandes decisiones de tipo político y económico el bienestar y el buen vivir individuales y colectivos tengan la prioridad que merecen. Es parte de **la dimensión política** esencial de la salud pública, cuyo ocultamiento bajo pretextos técnico-científicos la han alejado de escenarios fundamentales con graves consecuencias negativas. Dado que en esta dirección se ha avanzado menos, se requiere un intenso trabajo que trasciende con mucho los territorios tradicionales de la salud pública.

La promoción de valores positivos – como la equidad, la solidaridad, la participación y la diversidad – debe hacer parte del enfoque y las tareas promocionales. Y si la promoción de la salud no se funde con **la defensa de la vida digna**, es decir: con satisfacción de necesidades, garantía de derechos, acceso a bienes y servicios y desarrollo de potencialidades, carecerá de sentido en muchos contextos y situaciones.

¿Nos reeducar-emos? Si bien se ha hecho y se está haciendo algo – y en ocasiones mucho – en **educación y formación en salud pública**, tanto a nivel de la población en general como de los grupos poblacionales, técnicos, profesionales y de especialistas, falta muchísimo por hacer y es preciso repensar el trabajo. El punto de quiebre lo marcan la propia y permanente re-educación y la opción por la educación para la dominación

de las mentes y el mantenimiento del establecimiento o por la educación para la liberación y la creatividad. En salud pública esta opción se traduce o en mantener conocimientos y prácticas individualistas, centradas en la enfermedad reducidas al orden bionatural, y desconocedoras de los órdenes de determinación social, o en abrirse al mundo de la vida y el bienvivir colectivos, a las acciones sociales y políticas, al conocimiento multidisciplinar y a los saberes y las prácticas interculturales e intersectoriales.

La orientación de los programas, los contenidos de los temas y mensajes de salud pública, la pedagogía empleada, la intensidad proporcional dentro de los programas curriculares, la relación teoría-práctica y academia-servicios, la estructura del campo de salud pública al interior de las instituciones académicas – frecuentemente sometida al fraccionamiento profesional, a la desarticulación pregrado-posgrado, y a un nivel de segunda o tercera categoría– requieren intervenciones urgentes, sistemáticas y con responsabilidad académica, ética y política.

Organizar-se para movilizarnos. Existe un gran desbalance entre la elaborada y minuciosa **organización** de algunas instituciones burocráticas del sector salud y de servicios asistenciales y de aseguramiento pagado de algunas enfermedades, y la escasa o nula **organización y movilización social** contra las inequidades, por el derecho fundamental a la salud. Los y las salubristas debemos respaldar y promover con constancia y firmeza los diversos procesos de organización, participación y movilización de sectores sociales, populares, gremiales, académicos, sindicales y políticos en defensa de condiciones de vida dignas, por la garantía efectiva del derecho a la salud, y por sistemas de salud y seguridad social universales, integrales, solidarios, pluriculturales y de calidad.

Por descontado que la organización, la financiación, la gerencia y el adecuado funcionamiento

de los servicios de salud siguen siendo tareas importantes de la salud pública. Pero es preciso recuperar su orientación y sus finalidades, saliendo del orden mercantil y el imperio de la ganancia e instalando y priorizando el orden de la vida digna, y los postulados de bienestar y bienvivir repetidamente enunciados en esta aproximación.

Dos enunciados sintéticos finales. El primero: es preciso desmercantilizar la salud pública. Y el segundo: el compromiso supremo de la salud pública es con la vida, como tanto lo repitió Edmundo Granda. Con la vida digna, es decir: con

la satisfacción de las necesidades humanas; con garantía efectiva de derechos – entre ellos el derecho a la salud –; con acceso equitativo a los bienes, riquezas y servicios; y con la posibilidad real de desarrollar las capacidades y potencialidades de cada persona humana. Hacia ese objetivo debemos apuntar en el pensamiento y la acción en salud pública en sentido amplio, que es bien cercano a lo que entendemos como medicina social, conjugando así en futuro los seis verbos enunciados o a los que sean más adecuados, pues al final lo que importa no son los verbos sino la vida digna y el bienestar humano.

Bibliografía

- Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva*. Buenos Aires.
- Arroyo, H.V. Cerqueira, M.T. (1997). *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. San Juan. Puerto Rico.
- Biblia de Jerusalén (1975). 127-146. Madrid.
- Blanco, J.H. Maya, J.M. (2005). *Fundamentos de salud pública*. Tomo I. Medellín.
- Borrell, R.M. y Róvere, M. (2004). *La formación de posgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos*. Buenos Aires.
- Breilh, Jaime (2004). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires.
- Brown E.R. (1979). *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in América*. Berkeley.
- Cartwright, F.F. (1977). *A social history of medicine*. London and New York.
- Colombia (2011). Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Bogotá.

- Cortés G. E. (2005). Propiedad intelectual y medicamentos: El comercio por encima de La vida. *Cuadernos Del Doctorado*, No. 1: 37-52. Bogotá.
- Czeresnia, D. Machado de F. C. (2008). *Promocao da Saúde: conceitos, reflexoes, tendencias*. Río de Janeiro.
- De Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida*. Buenos Aires.
- Eslava, J.C. (2006). Repensando la promoción de la Salud en el Sistema general de Seguridad Social en Salud. *Revista Salud Pública*. 8(sup.2): 106-115.
- Fee, E. (1978). *Desease & Discovery. A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore.
- Foucault, M. (1976). El Nacimiento de la Medicina Social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. No. 4. San José, Costa Rica.
- Franco, S. Ochoa, D. Hernández, M. (1995). *La promoción de la salud y la seguridad social*. Bogotá.

- Franco, S. (1995). Teoría y práctica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol.12 (2):63-76.
- Franco, S. (2010). *Violencia y salud en Colombia*. Bogotá.
- Franco, S. (2007). *El sembrador siempre nace: en los veinte años del asesinato de Héctor Abad Gómez*. Medellín.
- García, Juan César (1994). *La Medicina Estatal en América Latina*. En: *Pensamiento social en salud*. OPS-México.
- Granda, E. (1993). *Tendencias de la educación en salud pública*. Quito.
- Granda, E. (2009). *La Salud y la Vida*. Volumen 1. Quito.
- Granda, E. (2009), V-2. *La salud y la vida*. Volumen 2: 152. Quito.
- Hipócrates, (1979). *Aforismos*. México.
- Hernández, Mario (2002). *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá.
- Labonté, R. (1992). Políticas públicas saludables. En: República de Colombia. *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. 45-54. Bogotá.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona.
- Lecourt, D.(director), (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale*. París.
- Londoño, J.L. Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an inovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*.
- Mckeown, T. (1981). *Introducción a la Medicina Social*. México.
- Ministerio de Salud, (1992). República de Colombia. *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Bogotá.
- Obregón, D. (2002). *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín.
- OMS (1986). Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra.
- OPS (1992). Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington.
- OPS-OMS (1992). *Implementación de la es-*

- trategia de promoción de la salud en la Organización panamericana de la salud*. Washington.
- OPS (2000). Organización Panamericana de la Salud. *Desafíos para la Educación en Salud Pública*. Washington.
- OPS (2007). Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. Vol. 2:231. Washington.
- Passos, N. Roberto. De la Medicina Preventiva a la Medicina Promotora. En: Arauca, S. *El dilema preventivista: contribución a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva*. Buenos Aires.
- Pinzón, C. Suarez, R. Garay, G. (1993). *Cultura y Salud en la construcción de las Américas*. Bogotá.
- Quevedo, Emilio (2000). El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. En: *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI*. Vol. 1. Medellín.
- Quevedo, E. Pérez, G. et al. (2008). *Historia de la Medicina en Colombia*. Tomo II. Colombia.
- Ramazzini, Bernardino (2002). *Disertación acerca de las enfermedades de los trabajadores*. Bogotá.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Tomo I, página 317. Madrid.
- República de Colombia (1994). *Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral*. Artículo 177. Bogotá.
- Restrepo, H. Las políticas de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. En: República de Colombia. *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. 22-28. Bogotá.
- Rosen, George (1985). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo veintiuno editores, 105. México.
- Rosen, George (1993). *A history of Public Health*. Baltimore and London.
- Sigerist, Henry (2007). *Historia y sociología de la medicina. Selecciones*. Bogotá. p. 72.
- Terris, Milton (1992). *Concepts of Health Promotion: dualities in Public Health theorie*. Washington.

Artículo 15

Encuentro de dos peregrinos: Edmundo y Miguel (1958-2008)

Miguel Márquez¹

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla...”

Gabriel García Márquez

Pido la palabra...

Con la invitación de Zaida y Mauricio², tomé un camino diferente para la elaboración de esta contribución, dejando a un lado el rigor de publicar un artículo científico, una historiografía, una crítica a sus trabajos, apartándome de las anécdotas que surgieron en nuestras vidas de peregrinos, y dar paso a sentimientos de contar con la voz, reflexiones y diálogos sostenidos con Edmundo a través de la vida, hasta su partida.

Como hilo conductor para la preparación de este trabajo tomé las enseñanzas de Amartya Sen en su libro *Identidad y violencia. La ilusión del destino*³. En el prólogo nos dice que “...las responsabilidades de elegir y de razonar son esenciales para llevar una vida humana. Por el contrario, se fomenta la violencia cuando se cautiva el sentimiento de que tenemos una identidad supuestamente única, inevitable –con frecuencia beligerante–, que aparentemente nos exige mucho (a veces, cosas desagradables). La imposición de una identidad supuestamente única es a menu-

do un componente básico del “arte marcial” de fomentar el enfrentamiento sectario”.

La lección de Sen me ha guiado en los relatos de nuestros encuentros de “Peregrinos..., Edmundo y Miguel, 1958-2008”.

Encuentros en la niñez y la adolescencia (Cuenca 1952-1986)

Los hechos de la vida nos llevaron a vivir en casas juntas, con una gran unidad familiar, en nuestro barrio “Gran Colombia”, entre Tarqui y Montalvo, en Cuenca, Ecuador. Aprendimos, como te decía en mis mensajes, a querer a nuestros viejos adoquines de piedra que cubrían nuestra calle, desciframos que ellos hablaban, se reían de nosotros y guardaban secretos acumulados en siglos, para transmitirlos de generación en generación y que, en distintos momentos, entre discusiones, nos servían para los juegos de fútbol que ofrecíamos a nuestros espectadores, quienes tras los vitrales se gozaban al vernos rodar por el piso o en alguno que otro gol que marcábamos. Fue en estos partidos con Edmundo, el niño, que era el arquero obligado y asertivo, que le valió el sobrenombre de “Pavito el volador”.

1 Miguel Márquez. Ecuatoriano. Profesor Honorario de las Universidades de Cuenca (Ecuador), León (Nicaragua) y la Universidad de La Habana (Cuba). Es Académico de Honor de la Academia de Ciencias de Cuba y Héroe de la Salud de Ecuador, 2002.
2 Betancourt, Z. y Torres, M.: Mensaje electrónico, octubre, 2010. Archivo personal Marcere, La Habana.
3 Sen, Amartya (2007) *Identidad y violencia. La ilusión del destino*, Katz Editores, Buenos Aires.

Fueron años felices, alegres, a veces tristes, en que todas las tardes, a partir de las 6:00 p.m., nos reuníamos, la jorga del barrio, sin distingo de edades, y con una que otra muchachita rebelde que crecía con nosotros. Hablábamos de lo divino y de lo prosaico, cada uno inventando sus chistes, sus bromas, remedando a nuestros profesores, y salía a flote la chismografía, porque lo importante era mantener la risa, la alegría, ¡qué verdad tan grande!

Pasaron muchos años, y en el ocaso de mi vida volví a nuestros libros y al poeta universal Mario Benedetti. Retomé su poema sobre la risa, y en una de sus estrofas dice:

*“Hace tiempo que no tengo ganas de reír y es una lástima porque la risa siempre incluye una virtud de revolución. Sobre todo cuando viene del sur y propone fuegos y tramoyas que los niños intercambian como figuritas”.*⁴

Mi querido compa Edmundo, al gozar de las palabras de Benedetti, vinieron a mi mente los recuerdos de la amistad cultivada en las calles de nuestro Cuenca y en los encuentros callejeros en las tardes, donde siempre teníamos la risa o en algunas ocasiones la tristeza y nostalgia.

En esta etapa de nuestros primeros encuentros tendríamos mucho de qué hablar, pero, de todos, hay uno muy especial: el nacimiento en nuestras conciencias de lo que significaba el socialismo.

Tu padre, Humberto, que era un padre para mí, siempre estuvo atento a lo que pasaba con nuestra jorga y nos invitaba a su estudio para conversar. Nos preguntaba cómo nos comportábamos en los estudios, Edmundo de primaria y el Miguel de secundaria, si teníamos los deberes para el día siguiente. Terminaba con su sonrisa eterna y nos hablaba de lo que pasaba en nuestro Ecuador, dominado por el bipartidismo conser-

vador-liberal, que tendría que ser destruido para tener un gobierno y un pueblo socialista. Con su mente clara, la de un verdadero maestro, nos comentaba sobre las novelas, la poesía y la pictórica ecuatoriana que debíamos cultivar y gozar de sus lecturas, mutuo hábito de lectura sobre temas que no se daban en la escuela. Como un maestro de primaria, nos mostraba sencillez y cariño, en su despacho-estudio lleno de libros, de revistas y papeles que parecían un desorden absoluto, pero era el orden de su pensamiento y de su vida de abogado, coronel de la justicia militar ecuatoriana: un peregrino más que trabajó en el norte y sur, este y oeste ecuatoriano, lo que le permitió desarrollar el pensamiento multiétnico, cultural y religioso de la ecuatorianidad, construido a través de los siglos. Nos transmitía todo con el cariño fraternal de un padre.

Orgullo que aspiraba para su hijo Edmundo y del vecino Miguel, que le servía para confirmar el pensamiento socialista. El “Tata” de Edmundo, y para mi persona, “Humbertito”, tenía visión y paciencia. Nos hablaba del marxismo de Lenin, como un fundador del Partido Socialista en Cuenca, para que los obreros, campesinos, intelectuales, asimiláramos los principios de la Revolución Bolchevique. No recuerdo, en tantas reuniones en su despacho, una posición dogmática: solo nos insinuaba que debíamos, la jorga, conocer, leer a escritores ecuatorianos: Jorge Icaza, Enrique Gil Gilbert, Alfredo Pareja, Jorge Enrique Adoum, Medardo Ángel Silva, Nela Martínez, José de la Cuadra, Mary Corylé, José Andrade, y conocer la pictórica de Guayasamín, Montesinos, Kingman, Tejada; y nos decía, como maestro de primaria, artista en el tiempo y con paciencia, que la formación política no se hace en las casas, en las aulas, sino viviendo en las calles, en las plazas, en contacto con la vida de nuestros obreros y campesinos explotados, cuyas condiciones de vida han determinado los católicos que son designios de Dios. Qué iro-

nía, qué fatalidad ante las prédicas de Cristo, el hombre que supo vivir con los pueblos y terminó crucificado. Con el paso del tiempo, en 1967, nuestro eterno Comandante Ernesto Che Guevara sería asesinado por el imperialismo, que no entendía que su sangre guerrillera germinaría con más fuerza, con más vitalidad. Y muestra de ello es nuestro querido presidente Evo Morales, su gobierno y su pueblo.

Tuve con Edmundo el privilegio de escuchar al maestro, a Humberto Granda Moscoso, quien nos enseñaba que a través del tiempo debíamos consolidar nuestra ideología socialista y nuestra militancia, seguidores del Comandante Che Guevara, quien al partir a Bolivia, en la carta de despedida a sus hijos Hildita, Aleidita, Celita, Camilo y Ernesto, les decía: “Creczan como buenos revolucionarios. Estudien mucho para poder dominar la técnica que permite dominar la naturaleza. Acuérdense que la Revolución es lo más importante y que cada uno solo no vale nada”.⁵

Encuentro en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca (1965-1968)

A mi reincorporación en 1964 a la vida universitaria, lleno de ideas de cambio, vinculado directamente a los movimientos estudiantiles revolucionarios, especialmente en la propia Universidad y en los sindicatos, pudimos encontrar los caminos para unirnos de nuevo con Edmundo a la vida universitaria y política.

Regresé a la Cátedra de Anatomía Patológica, que dirigía el eximio profesor Leoncio Cordero Jaramillo. Ese mismo año planteamos la nece-

sidad de cambios en la visión y la misión universitaria, pues las vigentes habían cumplido su tarea, y para finales del siglo XX eran consideradas obsoletas y se apartaban de la realidad del pueblo ecuatoriano.

Para sustentar y tener una base de fuerza, corregimos los planes de acción con la Federación Estudiantil Universitaria (FEU), que dirigía el líder y luchador incansable Alberto Quezada –estudiante de Medicina–, y con la Asociación de Estudiantes de Medicina, representada por César Hermida Bustos. Así se mantenía la razón de ser de la nueva etapa universitaria. Paso a paso se logró conformar una masa crítica, comprometida. En ese periodo emergían como líderes estudiantiles en la universidad, en las calles y plazas, César Hermida, Edmundo Granda, Osvaldo Cárdenas, Bolívar Quito, Ernesto Cañizares, “Coco” Calle, Gustavo Vega, Michell Doumunt, Byron Zambrano, Enrique Hermida, Marco Casum, Kteler Zamora, César Delgado, Cornelio Salcedo y Leonardo Alvarado.

En ese tiempo también se logró iniciar la transformación de una de las cátedras, como ejemplo de la propuesta. Así, la Cátedra de Anatomía Patológica se convirtió, como se necesitaba en aquel entonces, en un Departamento. Todo eso fue difundido y publicado en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en 1966.⁶

En el transcurso de 1965 a 1966 se estableció el trabajo con el apoyo de los profesores César Hermida Piedra, Timoleón Carrera, Ricardo Montesinos, Ricardo Barzallo, Jaime Vintimilla y Rubén Darío Solís, además de los jóvenes docentes -incorporados como profesores auxiliares- Edgar Rodas, Luis Maldonado, Kléber Ál-

4 Benedetti, Mario (2000). “La risa”, *El mundo que respiro*, Ed. Altea, Taurus Alfaguara, Bogotá.

5 Che Guevara, Ernesto (1970). *Obras 1957-1967*, Casa de Las Américas, La Habana.
6 Cordero, L. y Márquez, M. (1966). Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Segunda etapa, vol. 1, No. 1, Universidad de Cuenca, Ecuador.

varez, Vicente Ruilova, Carlos Lenin Ávila, para cumplir y ampliar la base profesoral de 20 a 40 que conformaría el claustro de la Facultad.

Estos fueron momentos de intenso trabajo y dedicación exclusiva a la vida universitaria en el naciente Departamento. Con la categoría de alumnos ayudantes fueron seleccionados Edmundo Granda, Marcos Carrión, Kléber Zamora, Enrique Hermida y Alba Cabrera. La experiencia del Departamento de Anatomía Patológica fue acogida por profesores y estudiantes, y se materializaría a partir de 1966 con la conducción del Decanato de Timoleón Carrera Cobos, quien falleció en un acto universitario en Guayaquil el 30 de noviembre de 1967. La comunidad en la vida universitaria en Cuenca es denominada por Ernesto Cañizares en su libro *Salud en Cuenca* con el término de la reforma: “la única reforma que merece ese nombre es la del 67”.⁷

Con Granda trabajamos en el Departamento de Anatomía Patológica entre 1966 y 1967, y un día me planteó: “*Estos años hemos trabajado juntos abriendo cadáveres, conforme al postulado de Rudolf Virchow*⁸ ‘*abre cadáveres y aprenderás la vida*’. También analizamos su pensamiento más amplio de la medicina: ‘*la medicina es un arma social y la política no es más que la medicina en gran escala*’ Cuando me llevó a abrir los cadáveres, dejé de trabajar en Anatomía Patológica, para abrir los cadáveres de sociedades y gobiernos dictatoriales y de ultraderecha para tener más claridad en la lucha revolucionaria y hacer realidad los pensamientos marxistas-leninistas. Seguiremos trabajando y ahora parto a una nueva etapa”. Mi respuesta fue el silencio y la motivación sobre la nueva lección

que recibía de Edmundo. A los pocos meses dejaría mi especialidad de anatomía patológica y retomaría el peregrinaje.

Durante la vida universitaria, Granda continuó, militante recio, junto a sus compañeros en la Asociación de Estudiantes de Medicina, liderados por César Hermida Bustos, Alberto Quezada y Felipe Khon. Participó en 1967 en las IV Jornadas Médicas Estudiantiles del Ecuador “Eugenio Espejo”, en el IV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina “Ernesto Che Guevara” y en el Primer Encuentro Grancolombiano de Estudiantes de Medicina. En ese año aún me mantenía unido al movimiento estudiantil como Asesor Docente.⁹

Reencuentro. Cuenca Ciudad Saludable (1998-2003)

Al renovarse los reencuentros en Cuenca recordé las enseñanzas de Foucault, expresadas en su libro *Las palabras y las cosas*¹⁰. Tomé de sus ideas las que se reflejan en la inmensa ebullición hasta el momento de tu partida, que hablan de la entrega y de los tantos aspectos y compromisos que se quedaron inconclusos o fueron abandonados por los magnates del poder político.

En esos años Granda, que trabajaba en la OPS/OMS en Ecuador, actuaba como coordinador del Programa del Desarrollo Humano y el avance de los sistemas y servicios de salud, para lograr la descentralización y desconcentración del Sistema Nacional de Salud.

Por mi parte, en Cuba a partir de 1996 y hasta el 2008, dedicaba mis esfuerzos y capacidades a conducir el Programa UNIVERSITAS Cuba, con un horizonte nacional, interdisciplinario e interinstitucional que haría posible, en una acción concertada de las universidades cubanas, la capacitación y formación de los líderes provinciales y municipales que llevarían adelante la “Estrategia Cubana de Desarrollo Humano Local”, definida como un componente más para enfrentar el Período Especial.¹¹ Así se lograría materializar la descentralización económica, administrativa y de gestión a nivel municipal, como se define en la Constitución de la República de Cuba promulgada el 7 de agosto de 1992 y ratificada por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 25 y 26 de junio del 2002, que en su Capítulo XI: División político-administrativa, que en el Artículo 102 define: “*La Provincia es la sociedad local, con personalidad jurídica a todos los efectos legales, organizada políticamente por la ley como eslabón intermedio entre el gobierno central y el municipal*”.

Fueron años fructíferos para nuestro trabajo. Se definieron las limitaciones en la praxis y en las estrategias a seguir; se produjo el intercambio de equipos de trabajo con el tema de desarrollo de recursos humanos para la descentralización de los sistemas de salud a nivel municipal. También se desarrolló el enfoque estratégico “ciudades saludables” que permitiría involucrar a todas las instancias de los gobiernos municipales y la sociedad civil, y generar un nuevo tipo de relación entre el nivel central y el local. Como ideas directrices, la OPS/OMS impulsó la creación de “los sistemas locales de salud”.

En Cuenca, con la conducción del Alcalde Fernando Cordero Cueva y del equipo de concejales y técnicos, se conformó el Plan de Gobierno

Municipal “Cuenca: nueva ciudad... una ciudad en serio”...¹² que incluía como una de sus líneas de acción el programa de salud integral para el cantón Cuenca, orientado a impulsar procesos sostenidos de desarrollo humano, y a garantizar el bienestar de la población en los ámbitos de salud, educación, protección integral y bienestar social. Estos aspectos fueron los temas centrales de nuestros reencuentros en Cuenca y Cuba, estimulando la generación de acuerdos de cooperación intermunicipales como los ya puestos en marcha en Loja, Cuenca, Cotacachi (Ecuador), Cienfuegos, La Habana y Santiago de Cuba.

Era necesario realizar un trabajo incluyente y solidario entre la ciudad de Cuenca y todas las parroquias y las pequeñas comunidades rurales, pues como expresó el alcalde Cordero el 10 de octubre del 2001: “Tenemos que sumar y conjugar esfuerzos y compromisos de los órganos públicos y de los distintos sectores sociales para construir acuerdos y pactos ciudadanos, que, sin desconocer nuestra diversidad, nos permitan concertar y consensuar acciones económicas prioritarias y estratégicas que debemos desarrollar en el corto, mediano y largo plazo”.¹³

El camino recorrido con Edmundo me llevó a trabajar con la Alcaldía de Cuenca en un proyecto concreto, que contaría con el respaldo pleno de la OPS, OMS, UNICEF, de la Directora Mirta Roses Periago y de muchos organismos internacionales más, dispuestos a dar su apoyo técnico, experiencia y financiamiento para que Cuenca sea declarada una “ciudad saludable” por parte de la Organización Panamericana y Mundial de Salud, y considerada como centro mundial de conocimiento al ser reconocida en la XXIII Conferencia Mundial patrocinada por la UNESCO, e incorporado el centro Histórico de Cuenca como Patrimonio Cultural de la Humanidad.

7 Cañizares, E. y Aguilar, M. (1998) *Organización de los servicios y condiciones de salud en el Azuay durante el siglo xx*, Ed. Monsalve Moreno, Cuenca, Ecuador. (1998).

8 Sigerist, Henry (1986). *Hitos en la historia de la salud pública*. Estados Unidos, Oxford, University Press, 1956 y Siglo XXI. Editores S.A.

9 Memorias del I Encuentro Grancolombiano de Estudiantes de Medicina. IV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina de Ecuador Ernesto Che Guevara, Jornadas Médicas Estudiantes Eugenio Espejo, Cuenca, Editorial Universidad de Cuenca, 1967.

10 Foucault, Michel (1969). *Las palabras y las cosas*, Editorial Siglo Veintiuno, México.

11 *Constitución de la República de Cuba*: Asamblea Nacional del Poder Popular, La Habana, 2002.

12 Alcaldía de la Ciudad de Cuenca, Ecuador. Fernando Cordero Cueva, Alcalde de Cuenca, Editorial Gobierno Municipal, 2004.

13 Ídem.

Granda se incorpora al equipo técnico de la Alcaldía, e iniciamos la preparación del proyecto para la presentación a la Organización Mundial de la Salud del reconocimiento de Cuenca como “ciudad saludable”. Tomamos en cuenta todos los requisitos políticos, económicos, sociales, culturales y populares para que el proyecto, en un año, estuviera listo para el debate en la Asamblea Mundial de la Salud y en la Conferencia Panamericana de Salud.

Contamos en esos años con la confianza plena de Fernando Cordero Cueva, Alcalde de Cuenca y Mirta Roses Periago, Directora de la OPS/OMS. El trabajo se cumplió en 20 meses, incluyendo la realización de una investigación de base que realizamos con Edmundo, César Hermida y José María Egas¹⁴.

Absurdo pero real en las políticas municipales y nacionales, las nuevas actividades municipales se encarpitaron y guardaron el trabajo en el silencio de los sepulcros; hasta un nuevo renacer en el 2007, cuando se declaró a Cuenca como Ciudad Saludable, lo que se traduce en la visión del Plan Estratégico municipal:

“Cuenca es un centro regional, humano, socialmente equitativo, descentralizado, solidario y participativo, que promueve en libertad la calidad de vida de sus habitantes; se posiciona competitivamente en el escenario nacional e internacional aprovechando su vocación productiva y artesanal; fortalece su tradición cultural como una ciudad universitaria basada en la sociedad del conocimiento y preserva su ambiente e identidad como Patrimonio Cultural de la Humanidad”.

Encuentros en Nicaragua Sandinista (1981-1988)

Al asumir el cargo de Representante de la OPS/OMS en la patria de Sandino desde 1980 hasta 1989, teníamos que cambiar el estilo de trabajo, tomando como principio fundamental que los países de las Américas, de diversas maneras, se encuentran en una encrucijada, y las decisiones que toman determinarán los acontecimientos, que se producirán hasta el fin del siglo, y que las estrategias de gestión de la OPS/OMS deben estar guiadas y orientadas hacia las personas, como la unidad básica de producción. En cuanto a actividades de la salud y de la cooperación, deben ser los propios países los protagonistas. Años después, en 1986, al ser preparada la política de la OPS 1987-1990 en el Documento Oficial y general para su aplicación, este principio se incorporaría a los Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990 que fueron presentados por el director electo, Carlyle Guerra de Macedo, para la aplicación por la Conferencia Sanitaria Panamericana, máximo campo directivo en la décima sesión plenaria, el 26 de septiembre de 1986.¹⁵

La conducción de la OPS/OMS 1983-1991 con los países miembros es reconocida como un hito histórico, siempre recordado por la valentía, sagacidad y lealtad con los países en momentos cruciales como en los que nos tocó actuar en Centroamérica en la década de 1980, frente a la lucha armada, las intervenciones militares externas, con cientos de miles de vidas perdidas, especialmente niños y mujeres, así como la destrucción de las condiciones de desarrollo económico y social. Para los que vivimos esta

etapa, recordamos la visión y el alto sentido humano de Carlyle, que desde el primer momento llevó a la OPS a tomar posición de sus ideas en salud, en Esquipulas-Guatemala, planteando y defendiendo que: *“la salud podría servir como un puente para lograr el entendimiento, la cooperación, la solidaridad, la justicia y la paz en el Istmo”*.¹⁶ Esto Fue aprobado por unanimidad por el pleno de presidentes, y se iniciaría así el “Plan de salud Centroamericano”, sólido, unificado y de convergencia de la cooperación internacional e intersectorial, como se acordó en las dos conferencias de Madrid, 1985 y 1988, en respuesta a la interrogante que Carlyle les planteaba: *“ahora que cesan el fragor de las armas, no es el momento de volver las espaldas a los pueblos de Centroamérica, ahora es el momento de brindar a esas naciones todas las oportunidades posibles y afianzar la paz, y reconstruir un nuevo desarrollo en libertad y democracia”*.¹⁷

En el contexto histórico de Nicaragua y Centroamérica, Edmundo se sumó a los 60 compañeros de Brasil, Uruguay, Chile, Argentina, Ecuador, Costa Rica, México y Cuba que integramos los equipos de trabajo en la Representación de la OPS/OMS, 1980-1989, para hacer realidad el principio que adoptamos en 1980. A Edmundo, en la conformación del equipo de trabajo, lo seleccionaron como un Consultor Especial e Investigador; su nombramiento rompía los esquemas tradicionales de la OPS/OMS. Seguiría trabajando en Ecuador y luego, de acuerdo con el equipo permanente, en Nicaragua recurriamos periódicamente a la presencia de Granda. Era un nombramiento sin tiempo fijo, en función de generar productos científico-técnicos concretos.

Fue un periodo de ocho años en el que el Consultor Especial cumplió su trabajo demostrando su capacidad de empatía y respeto a los equipos na-

cionales. Compartir sus conocimientos y experiencias con equipos de la Representación y entregar sus contribuciones que reflejaban su humanismo, su militancia comunista de profesor rebelde y, sobre todo, su calidad de compañero digno al que todos admiramos y recordamos.

En esa etapa compartió el trabajo con Roberto Capote Mir (Cuba), Sergio Arouca (Brasil), Tabaré González (Uruguay), Yolanda Arango (Colombia), Luz Ángela Artunduaga (Colombia), Catalina Eibenschutz (México), Jorge Hadad (Honduras), Rodrigo Gutiérrez (Costa Rica), Oscar Feo y Pedro Luis Castellanos (Venezuela), Milton Roemer y Milton Tevas (Estados Unidos), Juan César García y José Romero Teruel (OPS/OMS) María del Carmen Troncoso (Argentina), Francisco Valdés Lago (Cuba), Juan Guillermo Orozco (Colombia), Sara Escorel (Brasil), Libia Victoria Cerezo (Colombia), José Nájera (España), Juan Vela Valdés (Cuba), Francisco López Acuña (México), José Antonio Pagés (Cuba), Boris Klindorf (Cuba) y César Hermida Bustos (Ecuador).

Entre las múltiples contribuciones que nos dejó, siempre recordamos su ponencia “Nicaragua, revolución y salud”, aporte a la defensa durante la agresión por parte del imperialismo. Recordemos aquí algunos fragmentos:

“Cuba y Nicaragua pasan a constituir la confirmación de ensueños populares madurados en la larga noche de la dominación imperialista. El avance de la organización popular en los distintos países sacude a la estructura social y despierta la creatividad científica. Diferentes grupos de investigación descubren en las madejas agnosticistas de la ciencia burguesa hilos de objetividad, los que son rescatados para construir la nueva trama de una interpretación renovada sobre la salud” (Granda, 1987: 6).

14 Proyecto “Cuenca: ciudad saludable”, Inédito, Archivo personal Marcere, La Habana, 2000.

15 Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (1987). Principios Básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990. Washington D.C. OPS/OMS.

16 Roses, Mirta y cols. (2002). Salud y paz para el desarrollo de Centroamérica. Costa Rica, OPS/OMS.

17 Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Nicaragua No. 10 (Mimeografiado e inédito). Managua OPS/OMS. 1998. (Archivo Marcere. La Habana, Cuba).

“El Estado Sandinista, por vía de la Reforma Agraria, devuelve la salud al campesino y devuelve la “salud” a la naturaleza, la beneficia con el riego, le adjudica la función para la que ecológicamente está preparada”. (Granda, 1987: 16)

“El Estado Sandinista...fortalece el poder popular y lo hace en todos los ámbitos: conforma la Unión de Cooperativas Agrícolas Sandinistas, impulsa las Cooperativas de Crédito y Servicio, da forma a los Consejos de Producción, las Comisiones de Abastecimiento, Consejos Populares de Salud, los Comités de Defensa del Sandinismo, los Centros Populares de Cultura, etc.; es decir, no deja ninguna de las expresiones de la vida social sin el comando popular” (Granda, 1987: 23).

Fue fructífera, además, su articulación al equipo del Ministerio de Salud y compañeros de la OPS/OMS en Nicaragua, para la preparación en diez meses del Plan perspectivo de desarrollo de los servicios salud; y en la Representación, preparar en ocho meses el Programa de trabajo y principio para la acción de la Representación de OPS/OMS en Nicaragua (1998-2000).

Encuentros en Cuba (1991-2000)

Como Representante en Cuba de la OPS/OMS (1989-1996), mantuve el mismo criterio que en Nicaragua, es decir, contar con Edmundo en calidad de “Asesor Especial”. Su colaboración fue incondicional, sin términos de referencia: trabajar, y trabajar en un periodo tan difícil para la Revolución Cubana “Periodo Especial” y vigente en las Tesis del Socialismo. La presencia de Granda no se olvidará en Cuba.

El trabajo que realizó, sin límites de tiempo ni espacio, dejó sus huellas. Recorrió el país en este periodo de norte a sur, de este a oeste, y conoció más de cerca al pueblo cubano y su revolución.

Entregó todos sus conocimientos, escribió libros, publicó una serie desde la Representación en Ecuador: “Salud pública. Reflexiones y experiencias” Edmundo se expresaba así sobre Cuba:

“Cuba cuenta también con otra característica especial. En la mochila de sus recuerdos posee un 1959 en cuanto ruptura integradora; momento en el cual dice ¡basta!, e inicia un proceso de exorcismo de los demonios del ayer, afilia las voluntades de todos sus hijos, descubre y desarrolla sus potencialidades internas, neutraliza los obstáculos externos y decide parecerse a sí misma” (Granda, 2000: 135). Volumen 1.

“Este es el valor de encontrarnos en Cuba hablando sobre globalización, porque este país constituye, al mismo tiempo, un ejemplo invalorable de “globalización” donde se conjugan con mucha fuerza la equidad y la solidaridad” (Granda, 2000: 135-136). Volumen 1.

“Los cubanos se unen en un abrazo fraterno y demuestran que durante cuarenta años pueden continuar siendo dueños de su historia mientras convocan al mundo para pintar al globo con colores de solidaridad” (Granda, 2000: 150). Volumen 1.

Toda su producción científica está en las bibliotecas de la Escuela Nacional de Salud de La Habana, Santiago de Cuba, Cienfuegos, Holguín y Pinar del Río.

Tres aspectos le fueron encomendados, en distintos momentos, como Consultor Especial de la Representación: primero, el programa dirigido por el profesor Juan José Ceballos, Director del Centro Nacional de perfeccionamiento de Recursos Humanos en Salud; el segundo, el proyecto de Superación de los equipos de dirección del Sistema Nacional, dirigido por Silvia Martínez, profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública, y con la cooperación técnica y financiera de la Oficina Central de la OPS/OMS, coordinado

por los funcionarios Roberto Capote Mir, Clovis Tigre y Luis Ruiz. Este proyecto le permitió entregar su colaboración en las provincias de Villa Clara, Holguín, Pinar del Río y Ciudad de La Habana, con la participación semiformal de 61 profesionales representantes de 14 provincias en los años 1992 y 1993. El tercer aspecto, como miembro especial de la Representación, fue colaborar con el profesor Francisco Rojas Ochoa en la preparación y realización de la Conferencia Integrada de la Universidad Latinoamericana y la Salud de la población: “Retos y desafíos hacia el siglo XXI”, que se realizó en La Habana, del 16 al 19 de noviembre del 2000, y a la que convergieron, luego de las reuniones preparatorias en Quito, Santo Domingo y Caracas, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFEM), la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Indudablemente fue un hito para la historia y unidad universitaria latinoamericana, aún no repetida en el siglo XXI, y expresada en el relato final de la conferencia.

La persona de Edmundo está presente, y su partida conmovió a la comunidad universitaria, como se expresaron algunas personas en el momento de su muerte. Se extracta solamente algunos párrafos:

“El compañero y hermano que nos animó, ayudó y fortaleció en la lucha por la vida... Nos dejó en Cuenca... Cuando su manera de ver-mirar, de reflexionar-soñar; de sentir-actuar sobre la salud colectiva es tan vital en estos momentos que se entretejen utopías continentales. Nos dejó huérfanos cuando se precisa agitar la “revolución ciudadana” (Alfredo Espinosa, 2008).¹⁸.

“¡La Salud Pública de nuestra América está de luto! ¡Ha muerto el Doctor Edmundo Granda Ugalde! Destacado médico salubrista ecuatoriano, profesor e investigador en el campo de la Salud Pública, comprometido con su Patria y con Nuestra América. Como dijera su compatriota Dimitri Barreto en homenaje a su memoria: “No olvidaremos tu irreverencia frente a un sistema de explotación y miseria, tu firmeza subversiva, porque era y sigue siendo necesario subvertir el ordenado desorden de una sociedad que engendra enfermedad, hambre y desconsuelo. Seguiremos tu ejemplo subversivo, que nunca se agotó solo en lanzar un grito o una consigna, sino en estudiar a profundidad las razones o sinrazones de tanta inequidad y, sin dejar de soñar, pisando firme sobre la tierra, crear nuevos escenarios para el futuro”.

“Honrar, honra”, decía el más universal de los cubanos, nuestro José Martí. ¡Honrémonos todos honrando la memoria de nuestro inolvidable compañero y amigo, Edmundo Granda Ugalde! ¡Que su ejemplo nos sirva de acicate para seguir luchando cada día por lograr que Nuestra América forme parte de ese mundo mejor que sabemos es posible!” (María del Carmen Amaro Cano¹⁹).²⁰

18 Alfredo Espinosa, Profesor Principal. Director del Programa de Salud Pública de la Universidad de Cienfuegos, Cuba.

19 María del Carmen Amaro Cano. Profesora Consultante de Salud Pública. Presidenta del Comité Académico del Diplomado Educación en Ciencias de la Salud. Proyecto Magisterio.

20 Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Nicaragua No. 10 (Mimeografiado e inédito). Managua OPS/OMS. 1998. (Archivo Marcere. La Habana, Cuba).

Encuentros antes de su partida al campo de los Olivos (Quito-Ecuador 2008)

Nuestro último epistolario fue un intercambio virtual en el mes de abril de 2008 que guardo en mi corazón y me acompaña en mis silencios, una mezcla de incertidumbre, verdad y fantasía con una sola certeza... Seguiremos en nuestro epistolario, que lo cultivamos desde que cumplió nueve años en la calle Gran Colombia y Juan Montalvo de nuestra centenaria Cuenca, donde juntos aprendimos que los viejos adoquines de nuestras calles taciturnas hablaban, se reían de

nosotros, bostezaban y guardaban sus secretos para entregarnos de generación a generación y recordar... para siempre recordarnos que éramos “morlacos”, que un día retornaríamos al pie del capulí para darnos el abrazo al más allá. Lo cumpliste en el Vergel, yo no sé cuándo...

“Se han ido muriendo los amigos
Se me han ido cayendo del abrazo
Me he quedado sin ellos en el día
Pero vuelven en uno que otro sueño”.²¹

Mario Benedetti

Bibliografía

- Alcaldía de la Ciudad de Cuenca, Ecuador. Fernando Cordero Cueva, Alcalde de Cuenca, Editorial Gobierno Municipal, 2004.
- Benedetti, Mario (2000). “La risa”, *El mundo que respiro*, Ed. Altea, Taurus Alfaguara, Bogotá.
- Benedetti, Mario (2000). *EL mundo que respiro*, Ed. Alfaguara, S.A. México.
- Betancourt, Z. y Torres, M.: Mensaje electrónico, octubre, 2010. Archivo personal Marcere, La Habana.
- Blumenfield, H.: En Hancock, T. y Duk, L. (1986). *Ciudades sanas. El fomento de la salud en el contexto urbano*, Berkeley, Universidad de California.
- Cañizares, E. y Aguilar, M. (1998). *Organización de los servicios y condiciones de salud en el Azuay durante el siglo xx*, Ed. Monsalve Moreno, Cuenca, Ecuador.
- Che Guevara, Ernesto (1970). *Obras 1957-1967*, Casa de Las Américas, La Habana.
- *Constitución de la República de Cuba*: Asamblea Nacional del Poder Popular, La Habana, 2002.
- Cordero, F. (2000) *Informe de la gestión municipal del Alcalde. Plan de Gobierno Municipal*, Gráficas Hernández, Cuenca, Ecuador.
- Cordero, L. y Márquez, M. (1966). Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Segunda etapa, vol. 1, No. 1, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Focault, Michel (1969). *Las palabras y las cosas*, Editorial Siglo Veintiuno, México, 1969.
- Gabriel García Márquez (2002). Premio Nobel de Literatura, *Vivir para contarla*, Ed. Nomme, Bogotá.
- Granda, Edmundo (1987). Nicaragua: revolución y salud. Aporte a la defensa de un pueblo agredido por el imperialismo. Quito. Polycopia.
- Granda, Edmundo (1990). Compromiso social de la investigación en salud. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 2. Noviembre, 2009. Quito.
- Granda, Edmundo (2000). Salud: globalización de la vida y la solidaridad. En: *Edmundo Granda Ugalde: la salud y la vida*. Volumen 1. Marzo, 2009. Quito.
- Jacobs, J. (1984). *Las ciudades y la sanidad de*

las naciones. Principios de la vida económica, Ed. Random House, New York, 1984.

- *Le Monde Diplomatique* (2002). *El Atlas de Le Monde Diplomatique*, Valencia. Ediciones Cybermonde de S.L.
- Lyndi, K. (1981) *Una teoría de la forma de ciudad buena*. Cambridge, MD. The MIT Press.
- Mead, M. (1974). *La clase de ciudad que deseamos*, Centro de publicaciones de Atenas, Atenas.
- Memorias del I Encuentro Grancolombiano de Estudiantes de Medicina. IV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina de Ecuador Ernesto Che Guevara, Jornadas Médicas Estudiantes Eugenio Espejo, Cuenca, Editorial Universidad de Cuenca, 1967.
- OPS (1984). *Promoción de la Salud: un documento de discusión sobre el concepto y los principios*, Copenhague, WHO. Oficina Regional para Europa.
- OPS-MSP (2007). Documento de Sustento para Declarar a Cuenca Ciudad Saludable. Quito.
- Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (1987). Principios Básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990. Washington D.C. OPS/OMS.
- PNUD (2004). *La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanos y ciudadanas*, Panamericana. Formas e Impresos S.A., Colombia.
- Proyecto “Cuenca: ciudad saludable”, Inédito, Archivo personal Marcere, La Habana, 2000.
- Roses, Mirta y cols (2002). Salud y paz para el desarrollo de Centroamérica. Costa Rica, OPS/OMS.
- Sen, Amartya (2007). *Identidad y violencia. La ilusión del destino*, Katz Editores, Buenos Aires.
- Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Nicaragua No. 10 (Mimeografiado e inédito). Managua OPS/OMS. 1998. (Archivo Marcere. La Habana, Cuba).
- Sigerist, Henry (1986). *Hitos en la historia de la salud pública*. Estados Unidos, Oxford University Press, 1956 y Siglo XXI Editores S.A.
- Stiglitz, J. (2002). *El malestar en la globalización*, Ed. Taurus, Santa Fe de Bogotá.

21 Benedetti, Mario: *EL mundo que respiro*, Ed. Alfaguara, , México, 2000.

Artículo 16

María Isabel Rodríguez habla sobre Edmundo Granda

Fernando Borgia¹

María Isabel Rodríguez es la Ministra de Salud Pública y Asistencia Social en El Salvador, cargo que desempeña desde 2009 y desde el que lidera una profunda Reforma de Salud basada en los fundamentos de la Medicina Social Latinoamericana, ideas que comparte y desarrolló conjuntamente con Juan César García y Miguel Márquez como histórica promotora de ALAMES. Doctora en Medicina por la Universidad de El Salvador (UES) en 1949, realizó posgrados en Cardiología y Ciencias Fisiológicas en el Instituto de Cardiología de México. Decana de la Facultad de Medicina de la UES de 1967 a 1971. Trabajó como consultora de la OPS/OMS para el desarrollo de Recursos Humanos en México, República Dominicana, Venezuela, Cuba, Haití, entre otros. Entre 1985 y 1994 se desempeñó como consultora del Programa de Formación en Salud, con sede en Washington D.C. Entre 1995 y 1999 fue asesora y profesora ad honorem de la Facultad de Medicina de la UES, y luego, por elección, se convirtió en la primera rectora mujer en los 160 años de la UES, cargo en el que fue reelegida hasta 2007. Ha recibido seis reconocimientos como Doctora Honoris Causa.

Cuéntame cuándo conociste a Edmundo y cuáles fueron los principales espacios que compartieron en el quehacer de la salud pública.

María Isabel: Conozco a Edmundo desde el inicio de su formación en Brasil. Fue una de las personas que más cerca de mí estuvo y me acompañó en los proyectos de cambio, tanto en México como en República Dominicana. Fue muy importante su apoyo en la organización social cuando fui Representante de la Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS en República Dominicana. Con su llegada, empezamos a estudiar y abordar la filosofía de la ciencia aplicado a las ciencias médicas, a la medicina social y la educación médica.

Estuve muy cercana de Edmundo en Ecuador, México, República Dominicana y Washington, donde siempre nos ayudó. En la última etapa en El Salvador fue muy importante su aporte en la transformación de la Universidad. Pienso que él fue un hombre que desde el inicio se identificaba con los países a los que iba a trabajar; por eso digo que no fue ciudadano del Ecuador, sino un ciudadano del mundo.

¹ **Fernando Borgia.** Uruguayo, latinoamericano y “tercermundista” por convicción. Coordinador del Cono Sur de ALAMES. Integrante del Movimiento de Salud de los Pueblos, y miembro de la Plataforma Interamericana Derechos Humanos Democracia y Desarrollo (PIDHDD). Sociólogo de profesión, con maestría en la misma área. Ha actuado sindicalmente, como docente comunitario y profesor universitario invitado en su país y en varios de AL. Ha colaborado con diversos procesos políticos de izquierda/progresistas en AL, especialmente en el campo de la salud y políticas sociales. Actualmente trabaja en el Centro de Formación y Estudios de Montevideo. Hoy aporta con esta entrevista dirigida a la Ministra de Salud de El Salvador, María Isabel Rodríguez.

Edmundo, siendo aún muy joven, fue una de las personas que sentaron las bases para la construcción de la medicina social. Fue compañero, amigo bien cercano, hombre profundo, realmente un pensador.

En la década de los ochenta, Edmundo se manifestó como el gran pensador interesado en la filosofía de las ideas. Fue una persona que nos enseñó el hilo conductor en ese abordaje filosófico, tanto de la medicina social y la salud pública. Después, su fuerte posición crítica sobre la globalización y la salud global, contribuyeron a aclarar una serie de elementos relacionados con la salud pública.

Tengo mucho que agradecerle por todo el soporte que nos dio en las actividades que desarrollamos, desde que nos conocimos

Actualmente, en el desafío de hacer gobierno en El Salvador, como Ministra de Salud, ¿qué planteamientos de las que trabajaste con Edmundo son de utilidad para el proceso actual?

María Isabel: Uno de los aspectos más importantes es la visión amplia de la Atención Primaria de la Salud aplicada al desarrollo de una salud integral y accesible a toda la población. La salud integral no entendida mecánicamente. Pienso que me hace falta un Edmundo Granda para desarrollar al personal de salud con una visión integral, comprometida, que llegue a la población con esa facilidad que él sabía. Necesito ayuda para preparar programas que realmente incidan en la vida de la población.

Edmundo no fue solo un estudioso, sino que nos ayudó en la práctica. Tuvo la característica de ser excelente relator. Cuando me he puesto a analizar varias de las reuniones de salud pública que se dieron en la universidad, que organizamos desde la Asociación Americana de Salud Pública y ALAMES, él sabía captar las ideas de los demás y consolidarlas en ideas clave, en documentos que expresaban lo que las personas querían. Por

esto considero que fue un excelente relator, un hombre con una claridad de pensamiento, que supo, expresar también el pensamiento de los demás.

Edmundo ha sido básico para un abordaje integral de la medicina. En su forma de pensar me recordaba mucho a Juan Cesar García, que no se quedaba en un punto, sino que analizaba el contexto en todas sus características. En pocas palabras, me hace mucha falta.

A todos nos hace falta. Uno de los aspectos que siempre está en discusión en nuestros países, en las personas que generan pensamiento, es en qué medida ese pensamiento se lleva a la acción y en qué medida esa acción se vuelve transformadora. Entonces, más allá del mundo de las ideas, en términos de práctica política, ¿qué podemos decir que aprendimos de Edmundo?

María Isabel: Precisamente, creo que una de las cosas interesantes de Edmundo es que no se quedó en las nubes: él tuvo la peculiaridad de llevar a la práctica sus ideas. Recuerdo que en la Universidad de El Salvador, una de las cosas que me gustaba mucho de Edmundo, era su capacidad de comunicación con la cúpula académica y también con el estudiante, es decir, con todos los niveles. El camino de cómo comunicar ideas solo lo hace un individuo con características de un buen educador. En ese sentido, fue un crítico de los planificadores que se quedaban en el aire.

A veces uno pensaba que estaba en el discurso de la abstracción; pero Edmundo no se quedó ahí, fue más allá y se empeñaba en el análisis de lo que se estaba haciendo. Una de las situaciones que estoy viviendo en mi país es la reforma de salud, y necesitamos personas que sean capaces de analizar, escribir, elaborar el mensaje, capaces de dirigir un foro de salud, pero que además puedan hilvanar un programa que llegue a lo práctico. Esa forma de trabajo de Edmundo fue lo que más me impactó, aquí en El Salvador.

A veces él se elevaba y tenía discusiones de carácter teórico muy profundas; pero también nos acompañó en la formulación del trabajo. Ese es el camino que deberíamos recomendar para el futuro. En nuestros países, cuando enfrentamos situaciones a favor de la salud y la vida, por las condiciones sociales, políticas, económicas, vivimos con la contrarreforma. Lo estoy viviendo ahora: existe una corriente de oposición a lo que se está haciendo en los ministerios de lo social, que son los más duramente atacados por la oposición. En estos momentos, un pensador que no se quede en las nubes, sino que llegue a los hechos, es lo que se necesita.

Vamos a tener que dedicarle más tiempo al problema de la comunicación, que es básico y fundamental. El Foro Nacional de Salud está funcionando muy bien, pero hay algo más que hacer: establecer un proceso de comunicación con todos los niveles y los sectores. Estamos en momentos pre-electorales, preparándonos para elecciones de alcaldes y diputados, y una de las grandes armas de la oposición es en la actualidad, presentar las dificultades en la compra de medicamentos, creadas por el propio sistema, y que produce un desabastecimiento en algunos sitios, que no pudimos evitar. Les demostramos con hechos todo lo que se está haciendo, pero de todas formas, tratan de acabar con esta lucha, destruyendo un beneficio que va para toda la población; todo ello a cambio de conseguir unos votos más.

Entonces debo recalcar que Edmundo fue un político. No se quedó en la abstracción del filósofo, del pensador. Lastimosamente, una de las penas que me da la muerte tan temprana de Edmundo es que no tuvo la oportunidad de impulsar, desde el punto de vista nacional e internacional, lo que hubiera podido hacer como dirigente: desde un ministerio, o una posición directiva en la OPS/OMS u otro organismo. En este sentido, considero que el mundo no le dio la oportunidad que él debió haber tenido. El tiempo tampoco: murió antes de hora.

En esta discusión que se está dando en El Salvador con la campaña electoral. ¿Cómo está siendo incorporado el concepto integral de salud que manejaba Edmundo?

María Isabel: El esfuerzo que estamos haciendo está rindiendo frutos, pero lógicamente son dos años de esfuerzos. Nos tomó el primer semestre un plan desarrollado por consultas, y luego analizar los modelos de reforma con la experiencia (tanto nacional como internacional) de compañeros que, como ustedes, vinieron a ayudarnos. Es indudable que los aspectos de factibilidad y viabilidad ocuparon buen tiempo. No obstante, el período de realizaciones nos trae nuevos retos y demandas.

La situación es muy difícil, en un país profundamente polarizado, en el que es la primera vez que se tiene un gobierno que no es de derecha, un gobierno que rompe la privatización. Existen intereses creados que sienten que deben luchar para evitar que se consoliden los cambios.

La concepción de salud integral, de salud equitativa, de salud para todos, lógicamente tiene que ir hacia adelante y al mismo tiempo rompiendo obstáculos. Con el extraordinario desarrollo del primer nivel de atención, comprendemos con claridad que ese primer nivel de atención no nos llevará muy lejos si no tenemos el segundo y el tercer nivel de atención. El tercer nivel está costando mucho, pues existe personal médico que siente que sus intereses también se están lastimando, porque, lógicamente, por mucho tiempo asistimos a un desmantelamiento de los servicios de tercer nivel de tecnologías complejas. Ese aspecto lo trató Edmundo en algunos artículos sobre lo que significa el desarrollo tecnológico como uno de los aspectos negados al sector público.

Nuestro país tiene la característica de haber tenido un sector público de muy buena calidad. Una de las cosas que se hicieron durante los últimos 20 años fue desmantelarlo y pasar la re-

solución de los aspectos tecnológicos al sector privado, incluso con la ayuda del sector público. Nos encontramos con un sistema desmantelado, que debe buscar o comprar, ya sea al seguro social y al sector privado, reconociendo que allá tienen mejor tecnología. Entonces, nos está costando mucho el proporcionar servicios, el volver eficiente, pero al mismo tiempo con una eficiencia que llegue realmente a los grupos más vulnerables, permitiendo el acceso a esa medicina compleja. Sobre todo ahora que vivimos la aparente contradicción de una situación económica mala y al mismo tiempo un incremento de la inversión en el campo de la salud. Esto, porque el Gobierno ha definido que la salud es prioritaria para el desarrollo sostenible del país. Si no contáramos con esa voluntad política, sería imposible caminar.

Tenemos una comunidad que está respondiendo, sobre todo la de los primeros niveles, con personas comprometidas trabajando. Pero también tenemos una gran masa, no solo de población organizada por partidos o por grupos que defienden intereses particulares, sino del propio personal del sector salud, que incluso trabajando dentro del sector público de salud, no comparte, no acompaña, sino que, al contrario, tiende a bloquear o a oponerse a la situación.

En el tema de medicamentos, hay una larga lista asignada como esenciales, que no son esenciales, y no hemos llegado a una revisión. Se tiene un vademécum inflado. En cada uno de los hospitales hay una cantidad de medicamentos que no deberían estar. Aun así, si de 560 faltan 16, la mayoría de los cuales no son los verdaderamente esenciales, de eso se hacen eco los periódicos. No tenemos a la prensa con nosotros, apenas hay un par de periódicos que nos apoyan. Todos los demás están al servicio de la industria farmacéutica, de los grandes consorcios. En este momento nos están llamando de un periódico porque faltó un medicamento de la lista de 560 medicamentos. Nos acusan de desabastecimien-

to. Esto va a mejorar, porque se acaba de aprobar una ley para disminuir las trabas que existen para la compra de medicamentos. Hay que explicarlo a la población, porque es suficiente que falte medicamento en la consulta externa y que las personas lo denuncien, para que se dediquen páginas enteras en los titulares de la prensa.

¿En qué medida estas posiciones de los trabajadores y profesionales de la salud podrían modificarse con un abordaje distinto en términos de su formación y actualización? ¿Y en qué medida esa formación podría tener cambios cualitativos significativos si, en vez de hacerse con el abordaje tradicional de pensarlos como recursos humanos, se toma el planteamiento de Edmundo de desarrollo del talento humano?

María Isabel: En el caso nuestro estamos enfascados en la reforma, y en el día a día estamos utilizando el pensamiento de Edmundo en el análisis de la situación que vive cada uno de nuestros grupos profesionales y en la capacitación del personal. Hemos nombrado gente nueva en los hospitales y en el primer nivel de atención. Estamos trabajando intensamente en una nueva orientación en la capacitación. Es un esfuerzo intenso, pues tenemos que desarrollar una formación que haga que el individuo no se pase en “talleritis” o “seminaritis”, sino que logremos que en el trabajo y en la orientación del día a día –a través de revisión de lo que hace, la documentación e introducción balanceadas– tenga mayor capacidad de responder a los retos cotidianos.

Por otra parte, es interesante, si las universidades acompañaran este proceso, y en particular la universidad pública (que aún no acompaña el 100% del proceso, a pesar de que está de acuerdo). Lo estamos viendo con claridad, incluso en el hecho de que en el primer nivel ya existen los equipos comunitarios especializados, formados por un internista, obstetra, psicólogo, nutricio-

nista y demás. Curiosamente, hay profesionales que no quieren ir a un equipo comunitario de salud porque está en un sitio lejano, y el trabajo que siempre han realizado es intrahospitalario.

Los profesionales no han tenido formación extrahospitalaria. Un pediatra tiene formación intrahospitalaria, y entonces se resiste: estas son las plazas ministeriales que no hemos logrado llenar. En muchos lugares en donde necesitamos pediatras, los sustituimos por médicos familiares, a los cuales les damos una formación adicional e intensa en pediatría, para que puedan cubrir esas plazas. Es algo que a mí me llama mucho la atención, porque tenemos una visión diferente quienes hemos trabajado en el campo internacional, de que el pediatra es un individuo con mayor sensibilidad social y capaz de darse por entero a los procesos de apoyo a la comunidad; sin embargo, en el caso nuestro no.

Algo está pasando en la formación de estas personas, que desde su servicio social no tienen el hábito ni la actitud de ir a comunidades alejadas de los centros urbanos y de los centros hospitalarios de alto nivel. Ese es un punto interesante. Se trataría de llevar a la práctica una posición de Edmundo, que no está dentro de la formación de los profesionales de la salud: *trabajar realmente en salud, no solo en los procesos de abordaje de la enfermedad y su corrección*. Hemos desperdiciado el tiempo en esa orientación especializada ligada a lo intrahospitalario más que a lo comunitario.

Para las actuales, nuevas y pasadas generaciones de América Latina que comparten el pensamiento de Edmundo y de alguna manera intentan avanzar por esa senda, ¿cuáles serían las lecciones relacionadas con los equipos comunitarios?

María Isabel: Estoy contenta con el trabajo que están desarrollando los equipos comunitarios, pues ahora no tenemos el director lineal (verti-

cal), de arriba para abajo, sino que el promotor está generando una conciencia de la red sólida y del sistema de salud en la población. Se trata de un individuo que está en comunicación muy cercana con las 200 familias que son de su responsabilidad, que toma datos de la familia que son considerados en su evolución, de forma que los problemas son discutidos y analizados por el equipo de salud.

Muchas personas de las comunidades organizadas, que no recibían salud y que tenían que caminar largas distancias para llegar a un centro de salud, me han dicho que ya no lo tienen que hacer. Son personas de comunidades muy alejadas, que debían pasar cuatro ríos, pero ahora ya no deben hacerlo porque tienen su equipo comunitario al lado de su casa.

La respuesta de esas comunidades ha sido extraordinaria. Yo he llegado sin avisar, a veces los domingos, y encuentro que hay una sesión de la organización comunitaria analizando sus problemas y reconociendo el cambio. Los promotores son los apoyos principales, pues intentamos que el personal sea de localidades cercanas y elegidos por la comunidad, lo que da un sentido de apropiación y de cercanía, que para mí ha sido una de las cosas más importantes del modelo. Hay que trabajar mucho en la formación del profesional, tanto médico como enfermero.

En muchos lugares no tenemos construcciones, ni la plata para edificarlas, y la comunidad nos ha dado un cuarto de su casa. Los salvadoreños que están en el exterior, que han hecho su casita para pasar vacaciones aquí, nos han dado sus casitas para que se establezca un equipo comunitario. Por eso creo que hay una apropiación del proceso. El famoso ECO (Equipo Comunitario de Salud Familiar) es de ellos y no de uno: “es nuestro equipo” dicen. Eso significa que, poco a poco, el profesional de salud tiene que compenetrarse con la comunidad, con sus necesidades y condiciones.

Sin duda. Y para continuar con estos aportes ¿qué desafíos quedan planteados? ¿Qué tareas debería asumir el colectivo latinoamericano y ALAMES, entre otras organizaciones que puedan apoyar estos procesos regionales, en particular el de El Salvador?

María Isabel: Me siento un poquito responsable de no haberme dado cuenta de que muchas de las corrientes de pensamiento de la medicina social y varios de los enfoques críticos de la salud pública que se han dado en la región, no penetraron en El Salvador. Aquí teníamos una fuerte barrera constituida. Muchas personas favorecieron la creación de la maestría en salud pública, pero, en general, el abordaje de la medicina social nunca fue un motivo de discusión nacional en el gremio médico.

Recuerdo que cuando empezamos la construcción de la salud pública en El Salvador, siendo Decana de la Facultad de Medicina, fue en una fase muy temprana, ya que ni el propio Juan César García había logrado consolidar sus ideas en el continente. Desde la cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública en los años 60 y 70, invitamos a Juan César a trabajar y tuvimos que entrar por los programas colaterales: desarrollo de las bibliotecas, sistemas de información y otras cosas. Nosotros no sabíamos el desarrollo que adquiriría posteriormente. Luego, en México, a partir de 1973, logramos que se dé el primer curso de ciencias sociales aplicadas a la salud.

Como consultora de OPS en el área de recursos humanos, me costó encontrar una facultad que diera el espacio para que se ofreciera ese primer seminario de enseñanza de las ciencias sociales, hasta que se logró en la Universidad de Guadalajara. Al mismo tiempo se estaba desarrollando el programa de Río. Estos fueron los dos programas pioneros. Y ahí se recomienda la creación del postgrado en ciencias sociales y esto da origen al desarrollo de la medicina social en México, en 1974. Eso es relativamente reciente para la vida de nuestras instituciones, para el modelo

de salud pública que se viene desarrollando desde todos los tiempos.

Hay algo que hacer: es importante buscar los caminos de inserción en todos los niveles. Veo que no se asustan en Ecuador si este programa entra al Colegio Médico. Yo no podría decir que es fácil entrar con un programa de medicina social en el Colegio Médico de El Salvador en este momento; es posible que en un momento haya sido viable, pero ahora no. No obstante, lo vamos a lograr.

Las maestrías de salud pública no han logrado una penetración en el gremio médico; más bien, su función ha sido la de dar cursos, maestrías de medicina social, y terminan ahí. No dan seguimiento o intentan ver el impacto en el país.

Y el apoyo al seguimiento formativo a organizaciones y movimientos como el Movimiento de profesionales de salud Salvador Allende o al propio Foro de Salud...

María Isabel: El Foro de Salud está contribuyendo, su aporte ha sido excelente; igual con el Movimiento Salvador Allende. Necesitamos algo más, que penetre en grupos en los que es difícil permear, y particularmente en las universidades. No tenemos universidades: en mis ocho años de rectoría no logré el impacto que debía en la Facultad de Medicina. Los sistemas de autonomía de las facultades son también, a veces, aspectos negativos, aunque sean positivos en otro sentido. ¿Qué hace que las facultades sigan el camino que les dicta el equipo de gobierno de turno, no importa qué personal esté al frente de la rectoría o de las oficinas centrales de la universidad? Sería interesante profundizar en esto.

¿Y la propuesta de Escuela de Gobierno?

María Isabel: Ahora la estamos trabajando, ya que tenemos problemas en materia de recursos

humanos. La Escuela de Gobierno va a tomar los aspectos estratégicos y la formación de los núcleos básicos que puedan incidir en los cambios del país: eso es lo que queremos. Estamos trabajando en ocho ejes, y cada uno de ellos nos reclama. A pesar de que las líneas de investigación están creciendo, no hemos podido avanzar en lo del Instituto Nacional de Salud. La problemática del primer nivel de atención está consumiendo tiempo y esfuerzo, pero no nos queremos quedar ahí.

En el Sistema de Información, la tendencia ha sido dotar de equipos a los trabajadores de salud. Lo más importante es que hemos alcanzado, no precisamente el equipamiento, sino lograr un sistema único, verdaderamente único de salud. En este momento ha habido críticas, porque, según las cifras, parecería que estamos subiendo en algunas enfermedades. Sin embargo, si es que suben las cifras es porque ahora ya no solo se reportan las del Ministerio de Salud, sino que reportan a nivel nacional todas las instituciones de salud: Seguro Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial, FOSALUD. Y todavía no hemos logrado el siguiente paso, que es hacer un reporte único con las instituciones privadas. Tendremos que trabajar un poco más para que entren en el sistema.

Tenemos un sistema de vigilancia epidemiológica que está informando al individuo sobre elementos de prevención al inicio de una epidemia. Hemos impulsado el CISalud (Consejo Intersectorial de Salud), donde hay ministerios claves en epidemias como la de AH1N1, que han trabajado al lado nuestro continuamente (Ministerios de Educación y de Ambiente). El trabajo de salud no es solo nuestro, realmente es un trabajo intersectorial.

Para las nuevas generaciones, para aquellos que mañana o pasado se van a encontrar con un texto, de entre muchos autores, que no conocen su historia, ni su vida, ni su compromiso,

so, ¿cuáles serían las dos o tres ideas básicas de Edmundo que deberían tener presentes para su práctica como trabajadores de la salud?

María Isabel: En primer lugar, el concepto de salud, el concepto de compromiso, el mensaje de hasta dónde llega salud. Ese concepto está en todo el material de Edmundo, en cada uno de los artículos que se han publicado y en sus conferencias. Sin embargo, hay algo que no se ha podido consolidar. Lo puedes leer como un educador, un filósofo de las ciencias y de la salud misma, de la educación médica, como un verdadero pensador de la salud, o como un ciudadano comprometido con su país y con el mundo (particularmente su obsesión de América Latina). Todo esto creo que podría constituir una forma de pensamiento en salud que llegue a las personas que no están acostumbradas a hilvanar los artículos, porque no tienen antecedentes suficientes en el campo, aunque hayan tenido una maestría en salud pública, en administración u otra similar. ¿Cómo lograr eso? Tengo una gran pena, porque hubiera querido disponer de tiempo para sentarme a pensar en Edmundo y en toda esa obra enorme y dispersa.

El trabajo de ustedes me parece excelente, porque se empieza a sistematizar lo que Edmundo produjo. Pero hay algo más: hay que pensar en el todo, en cómo lograr construir nuevamente el pensamiento de Edmundo en una sola obra que podría servir como texto, integrando los distintos capítulos con el material que él dejó. Muchos de nosotros podríamos ayudar al grupo que se establezca para trabajar en lograr un abordaje integral, crítico, constructivo del pensamiento de Edmundo Granda. Hay personas que se han especializado en eso, y creo que vale la pena.

La otra cosa sería difundirlo en un material accesible para que llegue a todas las escuelas, a todos los lugares. Si se pone en Internet, en una hoja, por ahí puede acceder todo el mundo, abrirlo en un lugar especial a través de las redes sociales.

Bien. Pensaremos en ello y en la capacidad de implementarlo.

María Isabel: Tenemos una serie de proyectos que estamos implementado. Voy a impulsar un esfuerzo con la Maestría de Salud Pública, que trabaja con 50 personas. Imagínate impactar en 50 personas: traer pensadores de la medicina social y poner a trabajar a cinco de ellos en una tesis de graduación que profundice en el pensamiento de Edmundo: podría salir un lindo trabajo.

Vamos a ver cómo difundimos y contribuimos a construir una forma de ver el pensamiento de Edmundo. ¡Que se lo merece y lo necesitamos!

Seguro que sí. Gracias, María Isabel. ¿Hay algo que quieras agregar?

María Isabel: Simplemente agregar mi admiración profunda por todo lo que Edmundo nos dejó, y a todos los compañeros recordarles la responsabilidad que tenemos de difundir, analizar y utilizar su legado.

Semblanza

Edmundo de la vida

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Actualmente es la Presidenta de la Fundación al servicio del enfermo de cáncer “Lola Farfán de Palacios” en Cuenca.
3. Miguel Márquez, médico social cuencano. Vive en Cuba

4. Gustavo Vega fue Vicepresidente de la Asociación de Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca (1971).
5. Su primer hijo, Sebastián, nació el 10 de octubre de 1971; Bernarda, su segunda hija, nació el 31 de julio de 1974; y Santiago, su último hijo, nació el 8 de noviembre de 1980.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nos volveremos a ver, hasta siempre querido amigo.

Quito, 28 de enero de 2009.

Esta publicación puede ser consultada en internet en la dirección:
www.opsecu.org

