

Acerca de la Salud Colectiva

Juan Herrmann¹

La coyuntura actual reclama a la Salud Pública tradicional (SP) lo siguiente;

- 1) Conocimientos y prácticas suficientemente amplios para interpretar y explicar la situación de salud de la población, de los individuos y de los servicios de salud.
- 2) Apoyar el avance de las condiciones de vida y de salud de las mayorías.
- 3) Promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsan la salud y la vida.
- 4) Apoyar un Estado democrático y coherente con estas necesidades y derechos.

La Salud Colectiva (SC), es un campo de saberes y prácticas en torno a la *salud-enfermedad-cuidados (s-e-c)* de los individuos y las poblaciones que se diferencia de la Salud Pública (SP) en su versión tradicional, desarrollada con mayor potencia en Brasil desde los 90'.

Por ende, la SP y SC no son lo mismo. Caracterizarlas adecuadamente y comprenderlas como productos sociales e históricos, que surgieron en un momento concreto y que responden a determinados paradigmas e ideologías, hace que podamos mediante un ejercicio crítico, interpelar las prácticas y saberes instituidos, para transformar la realidad social en torno a la *s-e-c* de los individuos y la población.

Mario Testa² nos dice que la SC debe ser:

“una propuesta científica orientada según el contexto, donde la SP como teoría y práctica es una parte del todo a ser contextualizada”

Para empezar, insisto, debemos caracterizar, definir, aclarar adecuadamente ambos conceptos:

Edmundo Granda³, dice:

“A través del lenguaje transmitimos y describimos, pero también actuamos y construimos la realidad”... “hablar con propiedad, es un hablar que describe y crea mundos”

El surgimiento de la SP

El nacimiento de la SP puede situarse hacia finales del siglo XIX y principios del XX a partir de los siguientes hechos:

¹ Médico especialista en Medicina General y Familiar. Subdirector Hospital Provincial de Rosario (Ministerio Salud Pública de la Provincia de Santa Fe). Docente Instituto de la Salud “Juan Lazarte” (Universidad Nacional de Rosario). Precongreso Salud Mental y DDHH. Asociación Madres de Plaza de Mayo. 22-10-2009.

² Testa, Mario: “Si solo la historia puede conducirnos a una ciencia verdadera, una ciencia verdadera debe servir para la construcción de la historia”. En “Pensar en salud”. 3^o reimpresión. Lugar Editora. Buenos Aires. 2006.

³ Granda Ugalde, Edmundo. “La salud y la vida”. Volumen 1. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. OPS/OMS. Quito. Marzo de 2009.

- 1) A partir del “*cierto éxito*” logrado por la medicina clínica sobre la enfermedad individual, se consideró que era posible construir una disciplina, la SP, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva, pensada como la sumatoria de enfermedades individuales. *Granda* habla de “*Enfermología social*”.
- 2) La SP no se encargaría del tratamiento del cuerpo enfermo, ya que ello le corresponde a la clínica. Se encargaría de las causas que se encuentran por fuera del cuerpo individual.
- 3) La SP debía encontrar las causas de las enfermedades fuera del cuerpo, en el “*medio ambiente*” (en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos).
- 4) 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.
- 5) Del mismo modo que la medicina clínica transforma al **médico** en el “*magó*” que explica y cura la enfermedad, la SP transforma al **salubrista o sanitarista**, en tanto agente del Estado, en el “*magó*” que explica y previene el riesgo de enfermar.
- 6) La metáfora de un Estado “*magó*” o “*exorcista*” del riesgo y la enfermedad pública es plenamente coherente con la concepción social dominante de la época. Recordemos que desde hacía dos siglos se convivía con la idea que la razón (*instrumental*) y el Estado darían la solución a todos los problemas sociales, sean estos económicos, políticos o culturales.

En resumen, los presupuestos que sustentan a la SP son:

- 1) Desde una perspectiva epistemológica, la salud es explicada a partir de la ausencia de la enfermedad y la muerte. No logra conceptualizar de manera positiva al fenómeno salud.
- 2) Apela al método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población.
- 3) Se apoya en el **estructural-funcionalismo** para comprender la realidad social.
- 4) Reconoce al Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad poblacional. El cuidado del cuerpo individual le corresponde a la clínica y queda reservado a la esfera privada.

La importancia del **Estructural funcionalismo** en la conformación del paradigma de la SP genera varios deslizamientos:

- 1) Abandona la preocupación por el sujeto individual o 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.
- 2) Esta concepción permite hacer una aproximación naturalista o positivista del fenómeno enfermedad
- 3) La aproximación positivista permite leer la realidad de los objetos a través de la razón tecnológica o *razón instrumental*, conforme corresponde a cualquier cosa u objeto que no es *autopoiético*⁴
- 4) Ante un objeto no *autopoiético*, que existe como un producto de las causas naturales, del ayer, no es necesario comprender la acción social que se da en el aquí y ahora (el autocuidado, la autonomía del sujeto, lo que cada grupo y cultura hace para cuidarse y superar los limitantes a la vida, etc.)
- 5) Con todo este bagaje teórico e ideológico, es lícito aceptar que el Estado intervenga con sus agentes, agencias y sectores, desplegando todo su arsenal técnico y científico, con el objetivo de alcanzar “la salud **por descuento** de enfermedad”.

⁴ *Maturana, H; Varela F.: Autopoiético* organismo que genera en su diario vivir sus normas, sus productos y sus mecanismos de reproducción. En: “*El árbol del conocimiento*”. 9na. Edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.

El salubrista o sanitarista:

- 1) Se constituye en un agente del Estado y de la técnica. Un interventor técnico y normativo, que con su accionar logra efectivizar a través de los servicios de salud y en la población el propio poder del Estado. Es el ejecutor de la “*verdad*” científico-tecnológica que logrará prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo.
- 2) Practica un modelo de disciplina científica moderna y una forma de pensar el orden de la sociedad, donde la enfermedad de la población es transformada en objeto de ciencia, pasible de intervención.
- 3) Alguien que, mediante intervenciones técnicas y normativas, debe:
 - Integrar y acumular conocimientos, habilidades y experiencias, respaldadas en los cánones científicos y técnicos. Estos permiten el cálculo del riesgo. Debe saber aplicar las metodologías de investigación positivas específicas para cada situación.
 - Elaborar y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado respecto a la enfermedad pública, y a las respuestas sociales organizadas para atenderla.
 - Organizar y desarrollar 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 prevenir las enfermedades, sustituyendo sus propios saberes y prácticas, en tanto “*irracional*es y *riesgosas*”.

En fin, la SP tradicional está encargada de cuidar la salud del Estado actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; **debe observar a la población a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental**; debe intervenir sobre la población transformada en objeto, con el arsenal tecnológico desarrollado por la ciencia positiva; la población no solo debe aceptar éste modo de intervención, sino que además debe aprender a olvidar su cultura, prejuiciada siempre de “*riesgosa*”.

Desde algo más de un siglo, varias propuestas han intentado ganar espacio en el campo social de los saberes y prácticas de la salud, pretendiendo desplazar al pensamiento hegemónico de la SP y su versión decimonónica, la *Policía médica*.

- 1) La Medicina Social⁵, nacida en Europa continental en el siglo XIX, “*reconocía a la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad como la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población*”. Proponía una reforma social radical, que en términos generales, comprendía “*democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad*”
- 2) El Preventivismo⁶, nacido en EEUU hacia los 50’, tampoco pudo incidir en el paradigma de la SP. Solo avanzó en cambios de nombres en cátedras universitarias: de higiene a preventiva.
- 3) La Medicina Social Latinoamericana (MSL), surgida hacia finales de los 60’, y a pesar del rico arsenal de críticas y conocimientos, no pudo impactar significativamente en la SP.
- 4) Propuestas más recientes, como la Salud Comunitaria, la APS-Salud Para Todos y la Promoción de la salud, tampoco lograron hacer mella en su corpus doctrinario.

⁵ Virchow, R.: En: Rosen, G. “*De Policía Médica a Medicina Social*”. Río de Janeiro: Editorial Graal. 1979.

⁶ Arouca, S.: “*El dilema preventivista*”. Lugar Editora. Buenos Aires. 2009.

En última instancia, muchos planteos de éstas propuestas fueron apropiados por la SP y terminaron reforzando su metáfora.

La permanencia y éxito relativo de la SP tradicional, que la tornan hegemónica, tiene que ver con lo que *Granda* define como una alta coherencia interna entre:

- 1) Sus sustentos ideológicos;
- 2) Las acciones técnico-políticas que desarrolla, y
- 3) Las representaciones construidas por la sociedad acerca de su eficacia técnica.

Críticas para un propuesta superadora de la SP, aquí y ahora

Una propuesta alternativa en el campo de la SP debe hacer una crítica a los presupuestos anteriormente citados:

- 1) Presupuesto filosófico y teórico que conceptualicen e incorporen la noción de salud y la defensa de la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
- 2) Métodos de producción de conocimientos que integren las diversas metáforas, incluida la ciencia positiva.
- 3) Rescatar, incluir y potenciar las prácticas sociales de los diversos actores, además del poder del Estado. Estos saberes y prácticas van desde las más singulares e individuales, a los de **movimientos sociales** que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado y luchan por una democracia más participativa

Varios autores reconocen diversas “*fisuras*” en el paradigma de la SP que hace posibles nuevas líneas de acción y reflexión:

- 1) Es imposible lograr la salud únicamente por el descuento de la enfermedad.
- 2) La aproximación positivista y funcionalista, que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción, también ha sido muy criticada.
- 3) El Estado, supuesto garante casi único sobre el riesgo y la enfermedad pública, ha visto debilitada durante el neoliberalismo su autonomía y soberanía, transformándose en intermediador de distintos intereses, generalmente contrapuestos.
- 4) El surgimiento de nuevas fuerzas sociales y políticas que defienden aspectos ligados a la vida y la salud.
- 5) El surgimiento de innovaciones teóricas y prácticas, en la ciencia en general, y en la investigación en salud en particular.

En este sentido, desde la SP debemos comprender que nuestra potencialidad actual reside en apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas, y que el desarrollo de nuestro trabajo en el campo de la salud radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes y mediadores de las nuevas fuerzas surgidas durante el proceso de globalización.

En otras palabras, el contexto social, cultural y político actual abre una perspectiva de cambio para la SP convencional

Del objeto de la SP al sujeto de la SC

Entre las diversas críticas a realizar a la SP, está el modo de construir su objeto de conocimiento y prácticas.

La salud pública convencional (SP)	Salud Pública alternativa (SC)
---	---------------------------------------

Mira a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva.	Requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir y al mismo tiempo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos
De la preocupación por ver solamente la enfermedad y la muerte	A la a necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida, sin descuidar las primeras
De la costumbre de ver objetos	Al intento por mirar sujetos
Del compromiso con la función sanitarista del Estado	A la comprensión de otras formas de producir salud, que a su vez construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud.

Para la clínica, el saber del usuario no hace parte del conocimiento científico acumulado sobre la enfermedad (la tan valorada *evidencia médica*), ni tampoco su voluntad juega en la curación. En este caso, el individuo tiene que supeditarse a los dictámenes del médico, en tanto representante del saber científico; según *Foucault* el individuo es suprimido, es barrido como evidencia. Por su parte, la SP, supedita a los colectivos a un conocimiento sobre el riesgo de enfermar que se apoya en la ciencia epidemiológica en su versión tradicional, no quedando lugar para el saber, la cultura y las diversidades humanas históricamente constituidas, las que deben rendirse ante la presencia “civilizadora” de la *razón instrumental* y la moral de las clases dominantes. En este marco las intervenciones deben ser diseñadas y ejecutadas por el Estado, superando las prácticas locales, necesariamente “irracionales”. La colectividad, en palabras de *Foucault*, “ha sido suprimida o transformadas en objetos con vida”.

Lo anterior es profundamente contradictorio porque:

- 1) No pueden existir objetos conscientes con vida; estos, necesariamente son sujetos.
- 2) Los objetos son siempre *alopoiéticos*, mientras que los seres vivos son *autopoiéticos*, es decir, producen sus propias normas y estructuras de reproducción, en especial las poblaciones humanas.
- 3) El vivir genera la salud. Esta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, en la sociedad y con el Estado.
- 4) 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.

La Salud Pública Alternativa debería comenzar a preguntarse acerca de lo que cada colectivo e individuo, en tanto sujeto, saben y conocen acerca de sus problemas de *s-e-a*, como definen su normalidad y que estrategias desarrollan para enfrentar las situaciones que limitan la vida. En este sentido, la nueva SP debe transformarse en intérprete de las circunstancias de vida de la población.

Esto nos debe hacer repensar el método con el que conocemos. El positivismo, basado en la idea de una verdad y universal, no es suficiente para dar cuenta de las verdades particulares y diversas, donde la salud ocurriría en tanto y en cuanto el organismo social conserve su capacidad de instituir nuevas normas. Desde esta nueva perspectiva, los métodos de investigación se complejizan. Es el caso de la Epidemiología, disciplina

básica de la SP, que en su versión tradicional y desde el paradigma de riesgo, será obligada a pensar en vulnerabilidades diferenciales, donde la causalidad mecánica y lineal como modelo de explicativo de *s-e*, deje paso a la concepción de niveles de reproducción de la vida, de complejidad creciente, entre los que existen relaciones de determinación y condicionamiento⁷⁻⁸⁻⁹.

La coyuntura actual demanda a la SP no solo lidiar con la enfermedad, sino también dar cuenta de la salud y de la vida, donde la salud es la capacidad de romper las normas impuestas, instituyendo nuevas normatividades en un mundo cambiante. *Samaja* nos diría que estar sano “*no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales*”. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas. *Canguilhem*¹⁰ nos recuerda que la normatividad es inherente a la vida.

La nueva SP debe aceptar necesariamente la finitud temporal, que no hay normas o leyes eternas, y que los planteos requeridos para la superación de la salud no se encuentran únicamente en la construcción de una ciencia representativa de toda la supuesta verdad, en un Estado centralizado y designado como el único intérprete y legislador de toda la norma necesaria para lograr la salud, sino que la acción fundamental radica en la constante e infinitas normas que elabora el propio organismo viviente en su cotidianeidad.

Se requiere también reinterpretar el futuro. La evolución no es un hecho necesario, determinado *a priori* según leyes objetivas y en un universo cerrado. Dado que la propia vida tiene una capacidad *autonormativa* o *autopoiética*, entonces, el destino de la humanidad está irremediabilmente abierto.

La propuesta de SC debe revalorizar la *praxis*, donde el conocer y el hacer están indisolublemente ligados y dialécticamente interrelacionados. La modernidad y el *cogito* cartesiano, separaron el conocer de la acción, relegando ésta última a un segundo plano. Es hora de recuperar a *Sastre*¹¹, y asumir que la existencia precede a la esencia.

La SP Alternativa nos lleva a reconocer y a dar importancia, tanto a otros saberes diferentes a los de la ciencia positiva, como a otras racionalidades diferentes a la *razón instrumental*. Existen racionalidades prácticas desplegadas en el hacer cotidiano de cualquier colectivo, racionalidades que aportan a la salud y a la reproducción de la vida.

⁷ Almeida Filho, N.: “*La Ciencia tímida. Ensayos de la deconstrucción de la Epidemiología*”. Capítulo 8. Lugar Editora. Buenos Aires. 2000.

⁸ Castellanos, P. L.: “*Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud*”. Boletín Epidemiológico. OPS. Vol. 10 N 4. 1990.

⁹ Samaja, Juan. “*Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*”. Segunda parte. “*La reproducción social y las relaciones entre la salud y condiciones de vida*”. Páginas 45 a 138. Lugar Editora. Buenos Aires. 2004.

¹⁰ Canguilhem, G.: “*Lo normal y lo patológico*”. Siglo XXI Editores. 8^{va}. Edición. México. 2005.

¹¹ Sastre, J-P.: “*El existencialismo es un humanismo*”. Edhasa. Barcelona. 2009.

Reconocerlas, respetarlas y potenciarlas da un nuevo sentido a la *Promoción de la salud*, adquiriendo ésta una fuerza inusitada. No se trata solamente de promocionar comportamientos y “*estilos de vida*” universalmente preconizados por la epidemiología tradicional, sino de dar lugar a comportamientos *autopoiéticos* biológica y culturalmente desarrollados por las propias comunidades en su diario vivir.

Dar lugar a otras racionalidades, lleva necesariamente a ampliar la racionalidad de la nueva propuesta y a reconciliarnos con la ética, la que queda por fuera de las intervenciones la SP tradicional y su *razón instrumental*. Esta razón (*instrumental*), desplegada por el pensamiento de la modernidad occidental, perdería así el lugar de verdad absoluta, pasando a ser lo que es: una interpretación, entre otras, de la realidad. De este modo es posible descubrir en diversas prácticas sociales, con sus características locales, complejas y temporales, lo que cada colectivo sostiene por salud. No hay escapatoria, para encontrar la verdad sobre *la salud* es fundamental volver sobre el sujeto. *Samaja* nos dice: “*no son tanto las tasas de incidencia o prevalencia las que nos hablan de la salud-enfermedad de las poblaciones, sino su distribución en la discursividad de la vida cotidiana de las mismas*”.

La SC nos propone comprender la salud desde la vida misma y no solo desde el cálculo del riesgo que ocurre por fuera y antes que el cuerpo enferme. El riesgo es internalizado, se ubica en la propia vida del individuo y del grupo. El trabajo en salud debería comprometerse con la construcción de la identidad individual y colectiva. La verdadera promoción de la salud radicaría en que la población aprenda a conocer y manejar los riesgos. Como señala *Canguilhem*¹², la salud es también una apertura, un desafío al riesgo.

La SC debe aproximarse primeramente a la vida y al sujeto con el fin de liberarse de aquella atadura que la obligaba a mirar desde la enfermedad y la muerte, las que deben ser “*exorcizadas*” por una SP científicista montada sobre el aparato estatal.

Ahora bien, asumir que la salud está estrechamente vinculada a los procesos vitales, cotidianos y dinámicos de los propios sujetos, no debe hacernos olvidar que la sociedad se estructura en un entramado de relaciones de clases que determina los modos y condiciones de vida de los grupos. La perspectiva de procesos *autopoiéticos* no debe enmascarar la estructura social de clases de nuestras sociedades capitalistas dependientes, y sus consecuencias en termino de exclusión, explotación e injusticia. No se trata de reemplazar al estructuralismo por un vitalismo ingenuo. La SC debe aceptar y comprender la dialéctica entre procesos y estructura, entre prácticas sociales y estructuras sociales.

La Epidemiología crítica, disciplina adecuada a la SC, debe contribuir a comprender la estructura de las prácticas sociales saludables y deteriorantes; comprender y explicar como la estructura es constituida por las prácticas sociales, y recíprocamente, como las prácticas son constituidas por la estructura social. Es así como se puede interpretar que la vida saludable es construida diaria y activamente por sujetos, en tanto actores históricamente situados, y no solo bajo condiciones de elección individual como nos hace creer la SP a través de la idea de los “*estilos de vida*”.

¹² *Canguilhem, G.: op. cit.*

Es adecuado también comprender que dichos procesos de estructuración de las prácticas sociales deben entenderse en relación a los marcos significativos construidos por los mismos actores sociales, sustentados en sus propios valores éticos y de verdad.

El trabajador de la SC, el nuevo sanitarista, sin renunciar a ser un agente del Estado, debe comprometerse a potenciar la estructuración de prácticas saludables con la participación de los distintos actores, sin dejar de lado el estudio del sistema en cuanto normas y recursos que apoyan o perturban el desarrollo de acciones saludables. Decimos que si bien debe trabajar con otros saberes y actores, debe comprometer también los recursos del Estado, pues **¡Atención!**... no vaya a ser que éste, el Estado, disminuya aún más sus obligaciones sociales bajo la excusa que la salud radica en las “nuevas fuerzas y movimientos sociales”.

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

Ante esta demanda actual, la SC necesita de profesionales en SP, de trabajadores de salud, que se propongan dar una respuesta diferente ante los problemas de la gente, 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 la vida colectiva.

Esta acción mediadora nos obliga a mantener una posición ética en defensa de la vida, de la equidad y en la construcción de una nueva ciudadanía.

Ahora bien, y modo de reflexión final, considero pertinente el siguiente señalamiento. Esta demanda a la transformación de las prácticas, a los cambios en la SP, a la institución de nuevas normatividades comprometidas con la vida y la salud, no pueden hacerse con trabajadores de salud aislados, alienados o no reconocidos. Los trabajadores en tanto sujetos, también tienen una historia de luchas, de sueños, de derrotas y de decepciones. Gracias a que también son sujetos el tecnocratismo no ha capturado totalmente su ser. La historia dentro de los servicios de salud tampoco es lineal. No se trata de recursos que transformen lo instituido a partir del solo hecho del cambio de reglas impuesto desde un proyecto de gobierno. Los proyectos de cambio, para que sean más potentes, también deben contemplar espacios de reflexión y participación colectiva entre los propios trabajadores del sector salud, en tanto actores sociales. Espacios de soporte, donde poder tramitar la angustia propia del hacer, como señala *Sartre*.

Como cierre, cabe preguntarse: ¿cómo rescatar en una propuesta de SP alternativa la subjetividad de los trabajadores?, ¿Cómo rescatar, incorporar y potenciar sus saberes y haceres en el oficio del trabajo en salud?, ¿cómo incorporar sus sueños y su historia, sus deseos y proyectos?, ¿será posible el cambio sin sujetos trabajando con, para y por sujetos? En fin, habrá que pensarlo.