

Preguntas y desafíos para la Salud Colectiva: reflexiones desde las ciencias sociales

*María Victoria López López** / *Nora Muñoz Franco*** / *Gloria Marcela Gómez Builes****

RESUMEN

La Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia-Colombia ha conmemorado dos décadas de existencia, los días 24 y 25 de septiembre de 2015 en la ciudad de Medellín. Este escrito destaca algunas de las ideas presentadas en el foro central del evento “20 años construyendo la Salud Colectiva” y tiene por objeto plantear algunos ejes de reflexión en torno a la salud colectiva, a partir de nuestra experiencia docente. Inicialmente se trazan algunas ideas para identificar la manera como se han tejido históricamente los argumentos centrales que soportan el pensamiento social y dan relevancia a la relación entre ciencias sociales y salud. Posteriormente se esbozan algunas preguntas y desafíos para los actores de este campo de conocimientos y prácticas, particularmente lo referido a la necesidad de repensar las posturas epistemológicas, teóricas, asuntos relacionados con el método y dimensionar lo ético-político por sus posibilidades de autocrítica y condición para dar cuenta de la vigencia y pertinencia a la praxis

*Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

** Docente del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia.

*** Docente Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

ABSTRACT

On September 24th and 25th of 2015, in the city of Medellín, the Public Health Masters at the University of Antioquia (Colombia) commemorated two decades of existence. This paper highlights some of the ideas presented in the central forum of the event “20 years building collective health”, and aims to establish some reflection axes concerning collective health, from our teaching experience as the main viewpoint. Initially, some ideas are drawn to identify the way the central arguments that support the social component in health have been historically built, and also to give importance to the relation between social sciences and health. Then, some questions and challenges are outlined for the actors in this field of knowledge and practices, particularly the ones referred to the need of rethinking the epistemological and theoretical positions, method-related issues, and of measuring the ethical-political by its self-criticism possibilities and its condition to account for relevance and pertinence to the practice in the Latin American Social

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2015

Fecha de aprobación: 18 de diciembre de 2015

en el campo de la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva. A manera de cierre, se insiste en robustecer la corriente crítica para seguir ganando espacios, persistir y confrontar aquellas posturas que a nombre de lo contra-hegemónico mantienen y reproducen modelos conservadores para mirar, pensar y actuar en el mundo, sin mayor potencial reflexivo y transformador.

PALABRAS CLAVE: Medicina Social, Salud Colectiva, América Latina, Ciencias Sociales y Salud

Medicine/Collective Health field. As closure, it is emphatically suggested that the critical current is strengthened, in order to continue gaining ground, persisting, and confronting those postures that, in the name of the counter-hegemonic, maintain and reproduce conservative models to look, think and act in the world, with great lack in reflective and transformative potential.

KEYWORDS: Social Medicine, Collective Health, Latin America, Social Sciences and Health

Introducción

En 2015 la Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco celebró 40 años de existencia del primer programa de maestría pensado desde la propuesta latinoamericana de Medicina Social. Este mismo año, se conmemoró en Colombia la segunda década de la Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, la cual tomó como inspiración la experiencia mexicana, brasileña y ecuatoriana, y en 1995 ofreció este nuevo posgrado como alternativa a los modelos de formación de corte positivista y a la concepción funcionalista que dominaban la investigación, los discursos y las prácticas en salud.

Este programa universitario convocó a profesionales de diversas disciplinas, diseñó un currículo donde la investigación social en salud y las ciencias sociales se constituyeran en ejes fundamentales; bebió del pensamiento de la medicina social para fortalecer, en el continente, este movimiento intelectual y político, que desde mediados de la década del 60 se propuso generar conocimientos y prácticas que integraran lo biopsico-social, a

partir de perspectivas teóricas y metodológicas críticas en el campo de la salud.

La conmemoración de 20 años de trabajo ininterrumpido de la maestría ofrecida en Colombia es una buena oportunidad para entablar un intercambio con los colegas de la Medicina Social Latinoamericana y potenciar horizontes de posibilidad que fortalezcan este proyecto. Bajo este propósito, queremos plantear ejes de reflexión en torno a la Salud Colectiva, a partir de nuestras experiencias como docentes del Seminario de Ciencias Sociales y egresadas de ambas maestrías. Este será el objetivo del ensayo que se presenta a continuación.

Asumimos la propuesta brasileña de re-nombrar la Medicina Social Latinoamericana como Salud Colectiva. Tal como lo señala Iriart et al (2002:128), el movimiento sanitarista de ese país

Consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y

el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la noción de que es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo.

Sin embargo, reconocemos que en la mayoría de países el nombre de Medicina Social es el más utilizado y que en ambas denominaciones hay más coincidencias que contradicciones. Por lo tanto, hablaremos indistintamente de Medicina Social Latinoamericana (MSL) y Salud Colectiva (SC).

Para organizar el escrito, se trazan inicialmente algunas líneas acerca de la configuración de la MSL, no como recuento histórico exhaustivo, sino como ejercicio que permita identificar la relación tejida entre las ciencias sociales y la salud colectiva. Posteriormente, se esbozan algunas reflexiones acerca de la importancia de lo teórico, del método y de lo ético político como aspectos clave en lo que consideramos son desafíos para la Salud Colectiva hoy, como propuesta social y como proyecto académico. La revisión documental, los intercambios permanentes con estudiantes, profesores y militantes de esta apuesta contra-hegemónica y los interrogantes generados al reflexionar la realidad de la que hacemos parte, se constituyen en los soportes que dan vida a este artículo.

Apuntes acerca de la incorporación de las Ciencias Sociales en la Salud Colectiva

Reconocer la MSL como proyecto académico y político pasa también por afirmar que uno de los ejes diferenciadores de esta apuesta es la incorporación de las ciencias sociales para ampliar las maneras de acercarse y pensar la realidad desde otras posturas epistemológicas con sus repertorios

teóricos y metodológicos, en aras a la comprensión/transformación del proceso salud-enfermedad entendido como proceso social, por lo tanto, histórico (Laurell, 1994. Breilh, 1990).

El aporte de los enfoques críticos en el ámbito de las ciencias naturales y el necesario diálogo entre estas y las ciencias sociales, es innegable. Es importante fortalecer la argumentación acerca del lugar que damos a cada uno de estos campos de conocimiento y las interrelaciones que se tejen en este diálogo. Las herramientas que ofrecen las nuevas tecnologías y los análisis basados en la estadística permiten cuantificar, mapear, evidenciar las magnitudes de las problemáticas que ponen al descubierto un sistema social que se sustenta en la muerte y el sufrimiento de diferentes formas de vida (Breilh, 2010), en palabras de Bauman (2005), un sistema de vidas desperdiciadas. Sin embargo, desentrañar las lógicas que subyacen al mundo social y los procesos históricos que han dado origen a dichos fenómenos o problemáticas implica otros acercamientos.

La vinculación de las ciencias sociales en la Salud Colectiva, permite comprender el carácter social e histórico del proceso salud-enfermedad, el sentido de la determinación social de la vida, y por tanto, los procesos de reproducción social. Así mismo, la subsunción de lo biológico en lo social, las relaciones y mediaciones entre lo macro y lo micro, entre las bases materiales concretas y las construcciones del mundo simbólico; la manera como se configuran las relaciones de poder, las lógicas de dominación y las experiencias de resistencia; en síntesis, dar cuenta de la complejidad de la vida.

Asumir reflexivamente herramientas teóricas y metodológicas pensadas desde posturas de carácter crítico social e histórico hermenéutico, conlleva la necesidad de aprender de diversas

cosmovisiones y reconocer racionalidades distintas a la de los profesionales e instituciones de salud. De esta manera se potencia la comprensión de la historicidad y el sentido de la acción de grupos sociales concretos y de las personas que los configuran, de su cotidianidad, así como de los procesos de construcción de sus subjetividades.

En este punto, vale la pena recordar que a partir de la configuración de la Medicina Social Latinoamericana en el siglo XX, se establece de manera explícita la relación entre ciencias sociales y salud. Desde la década del 60, bajo diversas denominaciones – ciencias de la conducta, teoría social, ciencias sociales aplicadas a la investigación en salud, entre otras- se empezaban a incorporar, de manera tímida, algunas disciplinas de esta área del conocimiento, en la formación de trabajadores de la salud; cuestión ampliamente descrita por García (1972) y Duarte-Nunes (2010).

Además de la insuficiencia de los modelos explicativos convencionales para dar cuenta de la multidimensionalidad de la salud del ser humano (Quevedo, 1992), la efervescencia revolucionaria desencadenada por los procesos cubano y chileno, la sensibilidad de intelectuales y profesionales de la salud comprometidos con los cambios urgentes a emprender en la región en articulación con organizaciones obreras, estudiantiles, partidos y movimientos de izquierda, fueron dispositivos importantes para impulsar los debates académicos en las universidades y las acciones a desplegar en un contexto caracterizado por la implementación de un modelo económico desarrollista, la crisis manifiesta de la salud pública y el deterioro de las condiciones de salud en los países latinoamericanos (Iriart, et al. 2002:129).

Los debates fundacionales de la MSL se centraron entonces en el saber y la práctica, desde una

perspectiva de la determinación socio-histórica del proceso salud enfermedad. Así mismo, tuvo fuerza la importancia de descifrar cómo comprender y contribuir a transformar dicho proceso con grupos sociales concretos, inicialmente los trabajadores (Laurell y Noriega, 1989). De esta forma, encontrar mejores rutas para la formación de recursos humanos capaces de enfrentar dichos desafíos. Esto significó un redimensionamiento de la epidemiología, la política, la gestión de los servicios de salud y la planeación en salud (Almeida y Silva, 1999). También, fue un momento importante para develar cómo, desde los procesos de formación, se consolidaba y reproducía el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2009).

En este punto retomamos a una de las personas clave en la historia de la Medicina Social, quien con sus trabajos acerca de las corrientes de pensamiento en el campo de la salud, es reconocido como pionero en América Latina por destacar las relaciones entre ciencias sociales y salud. Juan Cesar García sentó las bases para abrir nuevos horizontes de búsqueda acerca del tejido entre estos dos campos; desde su provocación para emprender análisis críticos frente a corrientes como el funcionalismo, la acción social, el marxismo y la fenomenología, reconoció obstáculos y posibilidades para la construcción de conocimiento, para la formación profesional y la proyección política de la medicina social en nuestro continente (García, 1985). Análisis que han seguido iluminando discusiones y propuestas de la Salud Colectiva en su desarrollo posterior.

Hasta este punto y de manera poco exhaustiva, se trazan algunas ideas para comprender los cimientos de la relación entre ciencias sociales y salud, sin dejar de reconocer que la MSL/SC se origina, no sólo por los debates académicos, sino por la vinculación de diferentes profesionales a procesos

sociales por fuera del campo científico. De hecho, uno de los principales llamados que se hacen hoy es a redimensionar la praxis de los trabajadores de la salud, del salubrista. Sin desconocer este llamado y con la intención de resaltar la relación entre teoría y práctica, consideramos que hoy se hace urgente re-encantar el trabajo académico, fortalecer el carácter creativo en las universidades, reconocer los logros para ir más allá de lo dicho y plantear cursos de acción para mantener viva la Salud Colectiva, su potencial reflexivo y transformador.

Las propuestas que emergen en el campo de la salud han tenido un carácter histórico consecuente con lo que sucede en las ciencias sociales, que son su eje medular porque han servido de fundamentación teórica y metodológica para generar conocimientos y prácticas que cuestionan y aportan a la transformación de condiciones deteriorantes de la vida de colectivos humanos. Gracias a estos acercamientos, podemos comprender los contextos sociales como realidades históricas, lo que conlleva la incorporación de las herramientas que ofrecen las ciencias desde un sentido crítico y sociopolítico que posibiliten avizorar proyectos diferentes de sociedad.

Acerca del lugar que damos a la teoría social...

La relación entre ciencias sociales y salud colectiva lejana de verdades absolutas o estáticas, ha perfilado un escenario de tensiones y articulaciones en el que se reactivan hoy algunos desafíos. Esta situación pone al orden del día el papel de la teoría, la rigurosidad, la flexibilidad y creatividad del pensamiento epistémico (Zemelman, 2001) lo que lleva a reflexionar sobre el tipo de preguntas que hacemos: ¿Cuál es el lugar de la teoría? ¿A qué teorías acudimos? ¿Cómo contribuimos al desarrollo de ellas? ¿Cómo leemos e incorporamos

los aportes de los clásicos de las ciencias sociales, desde la comprensión de su lógica interna y desde una mirada crítica para interrogar las realidades contemporáneas? ¿Qué lugar ocupan los autores propios –latinoamericanos- en contraste con las ideas de los autores de otras latitudes, de otros contextos?

Incorporar la teoría social en los marcos explicativos de los procesos relacionados con la salud implica dar relevancia a los autores clásicos de las Ciencias Sociales – tales como Emile Durkheim, Max Weber, Carlos Marx – que han sido piedra angular en la generación de las corrientes de pensamiento. El estudio de los clásicos ayuda a comprender las diferencias que existen entre cada una de estas perspectivas -positivismo sociológico, teorías comprensivas, marxismo (Minayo, 2009)– y su relación con la configuración de aquellas que se expresan en el campo de la salud. Además, su trabajo científico ha potenciado el interés constante para explicar la experiencia y las prácticas de la época y ha aportado categorías de análisis que siguen ofreciendo herramientas para entender el papel de las instituciones sociales, los procesos de socialización, el sentido de la acción social, las relaciones sociales y las contradicciones que determinan la vida en el sistema capitalista. Estas y otras razones los mantienen vigentes a través del tiempo.

Ello no implica hacer uso de la teoría social de manera mecánica o ahistórica, en tal sentido, lo que se sugiere es desarrollar la capacidad de pensar, interrogar y hacer análisis basados en la problematización permanente y contextualizada de la realidad, con ayuda de las herramientas que ofrece la teoría desde los clásicos, hasta los aportes de los científicos sociales contemporáneos.

De manera específica, en la Salud Colectiva han jugado un papel central las teorías inspiradas en

la criticidad, entendida esta como posibilidad de establecer una conexión entre el contexto y la praxis. Esto es, desarrollar procesos de construcción de un conocimiento que asuma el reconocimiento de las situaciones y los sujetos que las viven, en su perspectiva histórica, lo que implica dar cuenta del movimiento entre procesos de reproducción de la estructura social y de generación y acción de los grupos sociales (Samaja, 2007)

Lo anterior implica leer la realidad social como totalidad contradictoria, dinámica y la salud como síntesis y expresión de las condiciones de posibilidad que se producen en tal contexto. En este sentido, se considera que la criticidad cobra una doble importancia: de un lado aporta elementos para interrogar las situaciones sociales que subyacen a la salud y de otro, conlleva la necesaria tarea de generar propuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida. En esta vía, la Salud Colectiva se ha configurado como campo de análisis y de praxis en coherencia con el eje que estructura sus desarrollos: *los procesos de determinación social*.

La anterior claridad es fundamental para comprender por qué es necesario continuar fortaleciendo el potencial teórico que media en los procesos de construcción de conocimiento en la Salud Colectiva, así como sus procesos de acción política y sus prácticas. Se hace referencia a la necesidad de seguir vinculando el pensamiento crítico latinoamericano en el pensar y el hacer en este campo y se alude a propuestas de descolonización del pensamiento –Teorías Críticas Latinoamericanas¹ –, como apuestas que aportan elementos de análisis para concretar y comprender escenarios

¹ Como autores reconocidos en el ámbito de estas teorías pueden mencionarse Boaventura de Souza Santos, Hugo Zemelman, Santiago Castro-Gómez, Enrique Dussel, Aníbal Quijano, Arturo Escobar, Edgardo Lander, entre otros.

sociopolíticos complejos como los de América Latina, - territorio diverso no sólo en su dimensión ambiental, sino también económica, social, cultural y política– entendiéndose que estas dimensiones están directamente vinculadas al proceso vital humano (Franco, 1993:1-9).

Desde las propuestas teóricas mencionadas, se pretende releer y reinterpretar los clásicos de las Ciencias Sociales y las teorías sociales en general, superando el eurocentrismo sin ignorarlo, así como la visión totalizadora que se ha heredado de la modernidad en nuestros territorios. Al decir de Zemelman (2012:11), se trata de una “apuesta por la formación de sujetos que construyan lógicas de pensamiento, más que a la repetición de los constructos teóricos; [se trata de] la construcción de conocimiento que tenga sentido y significado en la re-construcción de realidades sociohistóricas”.

Las teorías críticas latinoamericanas como ángulo de lectura para la salud colectiva, posibilitan continuar en la construcción de esta como un saber situado, con autonomía epistémica en la medida que se aleja del conocimiento eurocéntrico como modelo universal civilizatorio. Se trata entonces de visibilizar los conocimientos ocultos y la historia negada; de seguir consolidando las reflexiones que se han construido en torno a nuestras propias realidades; de hacer evidente la necesidad de seguir construyendo desde una matriz sociocrítica y aportar, desde la salud colectiva al desarrollo de un paradigma emergente en la gama de posibilidades que tal matriz alberga. Lo anterior posibilitará que afloren otras preguntas y respuestas epistemológicas frente a la heterogeneidad y diversidad de lo humano en los contextos socio-culturales actuales de América Latina, que exigen una praxis reflexionada. Tal como lo plantea Escobar (2003:53), se trata de develar otro tipo de miradas en torno a la generación de conocimiento: “... de intervenir

decisivamente en la discursividad propia de las ciencias modernas para configurar otro espacio para la producción de conocimiento —una forma distinta de pensamiento, «un paradigma otro», la posibilidad misma de hablar sobre «mundos y conocimientos de otro modo»”.

Esta perspectiva decolonial puede ser un puntal en el fortalecimiento de la corriente de la Salud Colectiva en la medida que su propuesta epistémica, teórica y metodológica coincide en las búsquedas, que desde su origen, se orientan a comprender las relaciones de poder/dominio en los territorios y se sitúa en el reconocimiento de otros paradigmas que desde la hegemonía de la tradición europea occidental niegan otros modos de conocimiento y significación (Vargas-Soler, 2009:48)

El método...más allá de lo procedimental

La preocupación por los asuntos del método, tiene sentido no como algo procedimental sino como una posibilidad de construir caminos argumentativos y prácticos desde dos ejes: lo ontológico respecto al sujeto cognoscente responsable de generar un conocimiento que oriente a decisiones y desde lo metodológico tomando en cuenta aquella complejidad que supone acercarnos a realidades sociales que tienen repercusión incluso en otras formas de vida, además de la humana; a políticas dinámicas y contradictorias que se expresan en lo individual y lo colectivo, desde lo general a lo particular, en lo concreto y sus manifestaciones simbólicas.

En este marco, la preocupación por el método involucra centralmente al sujeto en su mirada, sus deseos y el horizonte de posibilidad que crea. Es precisamente en este terreno que emergen otras preguntas: ¿Cómo y para qué acercarnos a la realidad?, ¿Cómo pensarla, desde una

perspectiva histórica y dialéctica?, ¿Cómo intervenirla de manera creativa, contextualizada? Estas son algunas inquietudes que consideramos pertinentes, con potencia renovadora, que sugieren diálogos interdisciplinarios e interculturales y sobre las cuales la salud colectiva ha acumulado experiencias que es preciso poner presente, no sólo por los saberes y prácticas sino también, por los sujetos implícitos en la reflexión sobre el proceso vital humano (Franco, 1993), el proceso salud-enfermedad-muerte, a lo que Canguilhem (1975) denominó “modos de andar por la vida” para subrayar el carácter dinámico y cambiante de la salud-enfermedad como formas históricas biopsíquicas ancladas en el pasado y que a su vez, prefiguran futuros posibles.

Ligado a lo epistemológico, la decisión por el método supone la definición del camino a recorrer y ello, más que una cuestión del hacer, de retomar teorías o utilizar las mejores técnicas, tiene que ver con la posibilidad de hacer preguntas, interrogar la realidad, construir explicaciones pertinentes, asumir una postura ante la realidad social y dar cuenta de ello.

Dado lo anterior, el sujeto cognoscente es responsable ontológica y metodológicamente, de contribuir a la transformación de la realidad social que está obstaculizando el desarrollo social y humano. En síntesis y de acuerdo con Zemelman (2007:110):

“(…) La realidad que se pretende conocer es una construcción cuya posibilidad objetiva depende de la capacidad de los diferentes grupos por hacer cristalizar sus expectativas en utopías, que pueden ser viables. Por eso el conocimiento de la realidad histórica es un conocimiento que partiendo de un horizonte histórico, sea útil para determinar las

opciones posibles en cuyo marco sea posible avanzar hacia una nueva realidad”.

Esta es la metáfora que Enrique Dussel (1998) y Hugo Zemelman (2007), denominan del “sujeto erguido” por medio de lo cual, en relación al método, antes que privilegiar la construcción de un objeto con determinadas funciones cognitivas, se requiere que el sujeto cognoscente de cuenta de manera consciente de su postura, y desde allí pueda reconocer situaciones contextuales que le posibilitan descomponer en objetos de estudio. Mantener una postura erguida supone entonces, explicitar lo que se quiere conocer y transformar y desde donde se aspira hacerlo. Es decir, que lo que la realidad social requiere es de intelectuales, académicos o líderes sociales, dispuestos seriamente a desplegar sus potencialidades y a reconocerse inacabados pues la realidad nos contiene y a la vez nos supera, como sujetos intervenimos la realidad y ella nos construye.

Otro de los hilos centrales referidos al método y muy relacionado con lo que ha sido y debe ser la salud colectiva en la perspectiva histórica, son los problemas del tiempo espacio social. Valencia-García (2012) destaca que el tiempo y espacio social generalmente se dan por sentados, se les reconoce como factor exógeno permanente, como una especie de telón de fondo en una historia pre-existente y ello trae consecuencias adversas para la investigación, para generar otras formas de conocimiento y para la praxis porque se naturalizan el tiempo y el espacio social y se desconocen las particularidades en las que el mismo objeto se da y peor aún se fragmentan y despolitizan los análisis.

Estas atemporalidades sociales son pocas veces reflexionadas y lo que queremos expresar es que esto tiene una gran validez para identificar el alcance de la perspectiva de las ciencias sociales

en la construcción de conocimiento socialmente pertinente y relevante. Ello al decir de Wallerstein (1996) se traduce en el llamado a los científicos sociales, a “reencantar el mundo”, a acercar a los seres humanos a la naturaleza y comprender que ambos son partes de un mismo universo en el que se expresan discontinuidades, ires y venires, diversas formas de tiempo más allá de sucesión de eventos, lo que requiere también “reinsertar el tiempo y el espacio como variables constitutivas internas en nuestros análisis y no meramente como realidades físicas invariables dentro de las cuales existe el universo social” (Wallerstein, 1996:81-82).

Lo anterior, nos lleva a subrayar que la especificidad del tiempo socio histórico para las ciencias sociales es un referente fundamental, pues es el resultado de la vida social y de relaciones significativas que estructuran lo social. Es por ello que la dimensión témporo-espacial no se agota en la declaratoria de la existencia de un dominio teórico particular en un tiempo histórico, sino en poner en el centro del problema asuntos relevantes, que deben argumentarse y justificarse social, política e ideológicamente. Esto para la Salud Colectiva es clave, pues no es un campo neutro en el que cualquier pregunta es relevante. Cuando se trata de investigación frente a procesos históricos vitales: salud, enfermedad, muerte, vida, atención de y para grupos sociales específicos y en momentos históricos determinados, nos referimos a realidades que a la vez son productos y productores, en el que el plano espacio-temporal es un referente básico, no una variable inamovible sino la expresión de los “modos de ser” de la realidad.

Hasta este punto se ha remarcado la importancia de reflexionar sobre la posición del sujeto cognoscente ante la construcción de conocimiento, lo que Zemelman (2001) denomina el sentido pre-teórico

que significa darse cuenta de ponerse en y ante las circunstancias y de su postura frente a un horizonte de conocimientos posibles de construir.

No menos importante en este análisis, es la posibilidad de cuestionar la relación que se ha construido con la ciencia y descentrarnos de ella para reconocer sus aportes pero también sus ocultamientos. Al respecto, Morín plantea que “la ciencia comienza hoy a desvelar sus verdaderos rostros... no es ni diosa ni ídolo, tiende a confundirse cada vez más con la aventura humana de la que ha surgido” (Morín, 1984:17). Avanzar en este campo, es una tarea que se debe profundizar, pues romper con el fetichismo de la ciencia ha sido el camino que ha permitido reconocer otras racionalidades, visibilizar y probar rutas distintas a la de la modernidad, a la ciencia objetiva y reconocer el sujeto, la relación sujeto-objeto y la fuerza creadora de los grupos en tanto actores sociales (Touraine, 1993).

De la misma manera, es necesario confrontar la ligereza en la asunción de los enfoques o lentes con que en ocasiones recortamos la realidad para comprenderla y transformarla. Al lado de autores como Castro (2011), De la Cuesta (2003), Galeano (2004) entre otros, es pertinente levantar la preocupación por el desborde de algunos enfoques que desde lo cualitativo parecen estar anclados en posturas eclécticas y poco rigurosas. Así mismo, cuestionar aquellas miradas que desconocen o desvirtúan el valor del dato cuantitativo y que a nombre del auge de lo cualitativo lo banalizan en extremo y distorsionan la complementariedad de métodos a nombre de estudios mixtos que buscan dar cuenta de muchos asuntos con poca profundidad. Todo esto da cuenta de la falta de creatividad, la apropiación mecánica de los enfoques y de tipos de estudio que se vuelven moda y opacan los esfuerzos de trabajos con pertinencia social cuidadosos y con rigor metodológico.

Finalmente en la reflexión sobre los asuntos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos relacionados con el conocimiento social y la salud colectiva, se propone mantener la vigilancia por la manera como los cánones de científicidad que se erigen en la actualidad como tendencia dominante desde una lógica del eficientísimo académico, despojan de profundidad, criticidad y rigurosidad la labor del investigador y le orillan a cumplir fielmente con lo establecido, en una competencia desmedida. Lo que ha llevado a pensar la figura del investigador prestigioso, muy productivo hiper-especializado, pero desligado del contexto, desconocedor del mundo del que hace parte y funcional a lógicas que van en contravía de la construcción de un mundo más solidario y sustentable (Breilh, 2010).

Así mismo, es necesario mantener viva la preocupación por la pertinencia de las preguntas y objetos de indagación, la rigurosidad/creatividad en los métodos, los usos de los dispositivos técnicos y la convicción de que el carácter crítico y el potencial transformador de las propuestas se consolidan, cuando se someten los aprendizajes y preguntas al debate público. De igual manera, trascender los marcos del conocimiento científico al vincularlo con otras formas de conocimiento a manera de ecología de saberes (De Sousa-Santos, 2009) y al dar validez y destacar modalidades de producción de conocimiento como la Investigación Acción Participación (Borda, 1999) y la sistematización de experiencias (Jara, 2001); ambas creaciones con identidad latinoamericana.

Otro desafío para la Salud Colectiva: lo ético-político

Lo ético político en las ciencias sociales hace referencia al compromiso con la creación de distintos campos argumentativos y prácticos a favor de la

vida en condiciones de equidad y dignidad, lo cual es una urgencia dada la realidad del capitalismo actual. Pero ¿por qué redimensionar lo ético-político desde la Salud Colectiva? Hoy se precisa inventar formas para resistir a la despolitización frente una formación conservadora, tecnocrática, superficial. Se hace necesario confrontar la banalización de la realidad social, la ausencia de explicaciones más allá de lo mediático y la falta de compromiso con lo público. Es urgente cuestionar lo que producimos, la manera en que lo hacemos, los usos que le damos desde la academia y desde la práctica social para contribuir a las acciones que confronten aquellas tendencias que potencian el sufrimiento y la muerte.

Cuando se alude al componente ético-político también se hace referencia a la capacidad de reflexión crítica frente a la acción que compromete a los otros. Esto es, la responsabilidad ineludible de pensar permanentemente las decisiones que afectan lo colectivo y reflexionar sobre los argumentos de las acciones y los actos que involucran a otros como sujetos también de la acción. Ello implica asumir la ética argumentativa (Cortina, 1995), que reconoce la existencia de otras convicciones e intereses y asume las diferencias como dispositivos que orientan nuevas posturas analíticas y prácticas.

Así mismo esta dimensión se configura en referencia a la formación y despliegue de sujetos políticos, lo que conlleva el hecho de reconocer la capacidad de acción y de reflexión, desde una perspectiva histórica. Esto requiere una doble mirada: externa en términos de las acciones que se emprenden para dar cuenta de los retos que enfrentan los profesionales de la salud colectiva; e interna desde una postura autocrítica que posibilite el cuestionamiento permanente para pensar lo que pensamos, dar cuenta de lo que hacemos en función de problemáticas contemporáneas como

las exclusiones, las inequidades, la pobreza, las violencias, la destrucción de diferentes formas de vida, los conflictos socio-ambientales, entre otras.

En relación con lo planteado, y sin pretensiones de exhaustividad, se pueden destacar dos desafíos que en la esfera de lo ético político ameritan una reflexión pertinente para la salud colectiva hoy: la pérdida del sentido de lo público y la necesidad de recuperar el cuidado de sí como posibilidad de centrar la preocupación por la vida.

La pérdida del sentido de lo público interesa por las consecuencias adversas que ello tiene en el campo de lo social y particularmente, en torno a derechos fundamentales como la salud. Hemos naturalizado la predominancia de lo privado por encima y en negación del valor de lo público. Cada vez más el debate se pone en el ámbito de la voluntad, el mérito o las intenciones, ocultando que estos llamados están permeados por la lógica individualista y fragmentaria, sustrato para la racionalidad privatizadora que concreta la premisa medios-fines orientada a la ganancia, el lucro y la acumulación.

Ante el desmantelamiento de lo público, la reflexión sobre el Estado, su naturaleza y carácter legitimador de discursos y prácticas de clase, parece perder fuerza en algunos ámbitos académicos y sociales. En la mayoría de los casos, el Estado aparece incólume en sus acciones patrimonialistas o se naturaliza el papel de mero regulador, perdiéndose de vista la exigibilidad de su condición de garante de derechos económicos, sociales y culturales.

Ahora bien teniendo en cuenta que lo público no se agota en lo Estatal, gubernamental, sino que involucra la construcción colectiva de derechos, la acción ciudadana, el espacio para la epistemología

de la sospecha frente al Estado, al discurso y la praxis, no puede desconocerse el papel de los intelectuales y los movimientos sociales para tensar los hilos del debate, la argumentación y la búsqueda de coherencia entre la acción y los discursos, entre el conocimiento y la práctica entre lo individual y lo colectivo, situación ésta a la que no escapa la Salud Colectiva.

Cuando se privatiza el ejercicio de la política, mantenemos viejas prácticas como el clientelismo, la corrupción, la discrecionalidad en la aplicación de justicia; la privatización de los espacios sociales que son producto de una construcción colectiva y patrimonio de la sociedad trae consigo la minimización de los referentes identitarios y culturales; todo lo cual no sólo aleja a los ciudadanos del Estado y fragmenta el tejido social, sino que además profundiza las contradicciones entre los grupos sociales (Uribe, 1996).

Es en este marco de pérdida de centralidad de ejes fundamentales del análisis social, que naturalizamos situaciones tales como reconocer que el máximo logro para garantizar la salud en nuestro país es la tutela de derechos individuales por encima de la movilización colectiva. Las trayectorias y aprendizajes de los movimientos sociales reivindicatorios de la salud como derecho humano fundamental hoy nos permiten identificar que 20 años de reforma del sistema de salud colombiano configuran un campo amplio de debate y confrontación sociopolítica, en el cual los actores de la Salud Colectiva debemos asumir una acción más contundente.

Ante este panorama, parece importante valorar los aportes de las ciencias sociales, profundizar en la reflexión de los alcances y limitaciones de sus propuestas y realizar nuevas búsquedas sobre el hacer y el pensar la realidad, en el campo de la

salud colectiva. Este desafío se convierte en un imperativo histórico, ético y político.

La necesidad de recuperar el Cuidado de sí implica redimensionar el valor de la vida y trasciende los discursos que refuerzan el individualismo y la auto-responsabilidad con prácticas como el autocuidado. El cuidado de sí, es entendido como actitud y relación con nosotros mismos, con los otros y con el mundo, se trata de la definición de criterios estéticos y éticos de la existencia que penetra interacciones, intercambios, comunicaciones e instituciones, debido a que el cuidado de sí contiene una dimensión social que se despliega mediante la relación verbal con el otro.

Esto conlleva la necesidad de instaurar como condición en el ámbito del debate y la producción de conocimiento en la Salud Colectiva, así como en la acción profesional, una suerte de “arte de vivir”, una opción que nos comprometa y nos responsabilice con una práctica del cuidado de sí. Esta noción tiene una capacidad heurística que permite el estudio de diferentes formas de configuración del sujeto, en este caso el profesional de la salud colectiva. La noción implica una constitución activa en la medida que el individuo desarrolla prácticas de sí que si bien no son inventadas por él, pues existen en su comunidad o grupo social, si requieren ser asumidas de manera dinámica. Involucran la libertad no solo como derecho sino también como poder (Foucault, 1994).

En esta vía el Cuidado de sí es una noción posibilitadora de cambios en las formas de pensar nuestra Salud colectiva. El cuidar de sí es una acción que se realiza entre el yo y el otro – este último está constantemente presente en nuestra praxis y denota al mismo tiempo una actitud reflexiva que busca confrontar permanentemente “lo que se piensa y lo que se dice, con lo que se hace y se es”

(Foucault, 1993). Y de otra parte, que la reflexividad es un proceso mediante el cual la expresividad y la narrativa estructuran nuestras experiencias e implica siempre la noción de cambio propia de la imaginación, se concluye entonces que promover narrativas y expresiones alternativas, e interpelar aquellas que ejercen como dominantes, puede permitir dilucidar el sentido de ambas, el contexto cultural de donde surgen y las posibilidades de actuación que el sujeto despliega para transformar su mundo personal y social (Cubides, 2006).

Consideraciones finales

Trazar ejes de reflexión en torno al campo de la MSL/SC, desde la experiencia como docentes y egresadas de programas académicos de posgraduación inscritos en estas corrientes, sugiere ahondar en los análisis y propuestas que fortalezcan este tipo de proyectos en el contexto actual. Es necesario insistir en ideas, planteamientos y provocaciones que nos permitan revitalizar la SC desde el trabajo académico, porque las instituciones de educación, al igual que las demás esferas del mundo social, se debaten entre lógicas hegemónicas inspiradas en las leyes del mercado y la resistencia de algunos grupos que persisten y construyen a contracorriente pensamiento crítico.

Racionalidades economicistas definen hoy las maneras de ser y hacer en el mundo académico, lo que puede llevar a que la trayectoria de la salud colectiva en las instituciones de educación superior se diluya ante lógicas que refuerzan tendencias conservadoras que favorecen la desconexión de los procesos individuales o particulares de la totalidad social. Lo anterior puede implicar la pérdida de una postura crítica, reflexiva y de profundidad en el análisis y comprensión del mundo para tomar postura y dimensionar las posibilidades de acción

de los profesionales de la Salud Colectiva, y en ese sentido atender contra una perspectiva histórica y dialéctica.

En ese sentido, planteamos la importancia de avanzar en consolidación de la criticidad como esencia de la salud colectiva; seguir ganando espacios, persistir y confrontar aquellas posturas que a nombre de lo contra-hegemónico mantienen y reproducen modelos funcionalistas para mirar, pensar y actuar en el mundo, sin mayor potencial transformador. Más de dos décadas de esfuerzos investigativos y sociales impulsados desde la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva, permiten remarcar la importancia de pensar e interrogar permanente los procesos formativos, la construcción de conocimiento y los problemas vinculados a la práctica política.

La contemporaneidad latinoamericana comprendida desde una lectura histórica, y poniendo especial énfasis en lo que ha sucedido en los últimos veinte años, expone situaciones relacionadas con la implementación y profundización de las reformas neoliberales en el campo de la salud, de la educación, de las políticas sociales, así como la intensificación de conflictos socio-ambientales que ponen al descubierto una crisis civilizatoria y la presencia de una ciencia eficientista altamente despolitizada.

Estas realidades complejas y contradictorias nos obligan a pensar en la necesidad de contribuir a una teoría de la traducción, que permita en el campo social y de la salud, poner de relieve y hacer comprensibles las múltiples luchas y resistencias y que haga visible y facilite el diálogo entre los colectivos acerca de sus sueños, sus comprensiones e incomprensiones que impulsan su accionar (De Sousa Santos, 2003).

Ello es politizar los discursos y la praxis. Al respecto Mejía (2008) insiste en que como latinoamericanos necesitamos redoblar esfuerzos para “adentrarnos en los intersticios del proyecto de la globalización capitalista y neoliberal para reconocerlo en sus fisuras y fortalezas, y, a partir de la comprensión crítica de ese proyecto, construir caminos alternativos madurados en las resistencias que apenas se asoman y se esbozan en las prácticas de múltiples actores, las cuales hacen evidente la presencia de esas otras globalizaciones, que desde la singularidad y lo local muestran hoy los gérmenes de esos otros mundos posibles”.

Hoy se dan procesos a nivel del país y del continente que vuelven sobre los debates históricos, para ganar identidad alrededor de los autores e ideas fundantes de la Medicina Social Latinoamericana/ Salud Colectiva y mirar como las discusiones del mundo académico se han llevado a la práctica e insistir en la necesidad de articular esfuerzos para

el intercambio de experiencias que posibiliten robustecer la militancia política. Nos sumamos a la construcción de caminos que permitan coordinar acciones que rescaten el pensamiento crítico y la praxis politizada. Vemos que iniciativas como el Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la salud, la Red de Salud Colectiva, el llamado a fortalecer el trabajo de ALAMES, las luchas sociales por la salud, el acumulado de movilización social por el derecho a la salud, apuntan en esa dirección y nos permiten mantener viva esta utopía que es la Salud Colectiva.

Agradecimientos: Al profesor Gustavo Arango, maestro, colega y amigo, quien con sus aportes desde la sociología, contribuyó a la estructuración del seminario de ciencias sociales y salud de la Maestría en Salud Colectiva de la U de A y es inspirador de muchas de las ideas que desarrollamos en este artículo.

Referencias

- ALMEIDA-FILHO N., SILVA-PAIM J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, (75):5-30.
- BAUMAN, Z. (2005). Vidas desperdichadas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- BORDA, F. (1999). Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación Acción Participativa). Análisis Político No. 38, 71-88.
- BREILH, J. (1990). La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. En: BREILH, J., CAMPAÑA A., COSTALES P., GRANDA E., PAEZ R., YEPEZ J. (1990). Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional, 23-30.
- BREILH, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(1): 83-101.
- CANGUILHEM, G. (1971). Lo normal y lo patológico, México, Siglo XXI.
- CASTRO, R. (2011). Teoría Social y Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 15.
- CORTINA, A. (1995). Ética Civil y religión. Madrid: Editorial PPC, 126.
- CUBIDES, C.H. (2006). Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí. Editorial: Siglo del Hombre Editores, 134.
- DE LA CUESTA, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. International Journal of Qualitative Methods, 2 (4). Disponible: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf (consulta mayo 20 de 2015).
- DE SOUZA MINAYO, M.C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- DE SOUSA SANTOS, B. (2003). La caída del Angelus Novus:

- Ensayos para una nueva teoría social Colección En Clave de Sur. 1ª ed. ILSA, Bogotá.
- DE SOUSA SANTOS, B. (2009). Epistemología del sur. México: Siglo XXI Editores.
- DUARTE-NUNES, E. (2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina 6(1)11-19
- DUSSEL, E. (1998). Ética de la Liberación. En la edad de la globalización y de la exclusión, Trotta, Madrid
- ESCOBAR, A. (2003). Mundos y conocimiento de otro modo. Tabula Rasa. Bogotá, 1: 51-86.
- FRANCO, S (1993). Proceso vital humano: Proceso salud-enfermedad, una nueva perspectiva. Conferencia en seminario “Marco conceptual para la formación de profesionales de la salud” Universidad Nacional de Colombia. 1-9.
- FOUCAULT, M. (1993). Qué es la ilustración? En: Revista de Filosofía, N° 7, p.5-18.
- FOUCAULT, M. (1994). Hermenéutica del Sujeto. Madrid: Ediciones de la Piqueta, p. 142.
- GARCÍA, J. C. (1972). La educación médica en América Latina. Washington D.C OPS (Publicación científica, 255).
- GARCÍA, J.C. (1985). Juan Cesar García entrevista Juan Cesar García. En: Nunes E (ed) Las Ciencias sociales en salud en América Latina: tendencias y perspectivas OPS, p. 21-28.
- GALEANO, M.E. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín. Fondo Editorial EAFIT.
- IRIART, C. et al. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2).
- JARA, H. O. (2001), Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA, Costa Rica, 7.
- LAURELL, C. NORIEGA M. (1989). La salud en la fábrica. México DF: Ediciones ERA
- LAURELL, A.C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: OPS. Lo biológico y lo social su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D.C.
- MEJÍA, MR. (2008) Las pedagogías críticas en tiempos de capitalismo cognitivo. Ponencia presentada en el encuentro Maestros Gestores, Pedagogías Críticas y Resistencias. Revista Aletheia, revista de desarrollo humano, educativo y social contemporáneo. [Revista electrónica], Vol. 2, Número 2. Disponible en: <http://aletheia.cinde.org.co/> [15 de agosto de 2015]
- MENÉNDEZ, E. (2009). De saberes, sujetos y estructuras. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MORIN, E. (1984). Ciencia con consciencia. Anthropos. Primera edición. Barcelona.
- QUEVEDO, E. (1992). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Cardona A. Coordinador. Sociedad y salud. Bogotá: Zeus asesores.
- SAMAJA, J. (2007). Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- TOURAINÉ, A. (1993). Crítica a la modernidad. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, p. 259-297.
- URIBE, M.T. (1996). Notas coloquiales sobre la ética y la política. En: Corporación Región. Ética para tiempos mejores. Medellín: 3ª. Edición, p. 27-44.
- VALENCIA-GARCÍA, G. (2012). Pensar al tiempo desde las ciencias sociales. Cuadernos de trabajo 12, Instituto de investigaciones Histórico Sociales Universidad Veracruzana, México.
- VARGAS-SOLER, J.C. (2009). La perspectiva decolonial y sus posibles contribuciones a la construcción de otra economía. Otra Economía. III(4) <https://revistaotraeconomia.wordpress.com/2009> (consulta octubre 15 de 2015).
- WALLERSTEIN, I. (1996). Comisión Gulbenkian para la reestructuración de las ciencias sociales, Abrir las ciencias sociales, CEIICH-UNAM /Siglo XXI, México.
- ZEMELMAN, H. (2001) Pensar teórico y pensar epistémico: los retos de las ciencias sociales latinoamericanas. Instituto Pensamiento y Cultura en America A.C. “enseñar a pensar” Ciudad de México.
- ZEMELMAN, H. (2007). De la historia a la política, la experiencia de América Latina. México: Siglo veintiuno Editores, p. 110.
- ZEMELMAN, H. (2012). Pensar y poder. Razonar y gramática del pensar histórico. México: Siglo XXI Editores.