

Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate.

María Cristina González ¹, Gerónimo Sosa ²

RESUMEN

Este ensayo intenta desarrollar algunas ideas en torno a aspectos epistemológicos de la salud pública. Se analiza el impacto del modelo globalizador en las condiciones de vida y salud en nuestras geografías, y el impacto en los perfiles socio epidemiológicos, herencia de un modelo hegemónico curativista, mercantilista y excluyente. Se analiza el marco epistémico que modeló la salud pública en la modernidad. La influencia del paradigma cartesiano-newtoniano como la matriz conceptual que ha orientado los modelos de atención y gestión en salud en la modernidad. Un modo particular del sistema semiótico médico, que ha sellado la producción de sentidos atendiendo a la ratio técnica como matriz fundante. Finalmente se precisan los desafíos de la nueva salud pública, visibilizando los retos para la construcción social de la salud colectiva desde una perspectiva de la complejidad.

Palabras Clave: Salud pública - epistemología – modernidad.

ABSTRACT

Epistemological aspects of public health. An approximation for debate

This essay tries to develop some ideas around epistemological aspects of public health. We analyze the impact of the globalization model on living conditions and health in our geographies, and its impact on epidemiological profiles as a consequence of a curative and mercantilist hegemonic model. We analyze the epistemic framework that shaped public health in modernity. The influence of the Cartesian-Newtonian paradigm as the conceptual matrix that has guided health care and management models in modernity. This is one particular way of the semiotic medical system that has sealed the production of senses according to the technical ratio as the founding pattern. Finally, this essay underlines the challenges of the new public health, especially those for the social construction of collective health from a perspective of complexity.

Key words: Public Health- epistemology – modernity.

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bella Carla Jirón Camacaro, Laboratorio de Investigación sobre Procesos sociales LINSOC.

² Facultad de Ciencias de la Salud. Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Laboratorio de Investigación sobre Procesos Sociales LINSOC.

Correspondencia: M.C. González

E.mail

Recibido: Agosto 2008 **Aceptado:** Diciembre 2009

1.- En contexto. El debate en Salud Pública está articulado a un contexto global, caracterizado éste por toda una serie de contradicciones que se han venido sibilizando, y que han puesto en entredicho el discurso de la modernidad fundado en la idea de progreso y en la sacralización de la ciencia y la técnica como plataforma para el desarrollo del estado moderno; en función del desarrollo del ser humano en todas sus dimensiones.

Crisis que podemos identificar en múltiples contextos: a partir de la década de los 80, se vivencian cambios profundos en las concepciones del desarrollo político, económico y social. El Estado de Bienestar es duramente criticado acusándosele de corrupto, ineficiente, ineficaz y monopólico en el manejo de la cosa pública.

El modelo de producción capitalista- fordista, entra en crisis apareciendo en la escena social, cambios en el modelo productivo, 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. Aparece el Neoliberalismo como la única forma posible de conducir los procesos de desarrollo. Se habla del fin de las ideologías y del fin de la historia, profundizándose el proceso de globalización de los mercados, de las costumbres, de la política, de la economía, desvaneciéndose así el Estado de Bienestar o Benefactor.

El Estado se retira como conductor de los procesos de desarrollo y pasa a ser un tipo de Estado gendarme. Los países del tercer mundo frente a estas políticas homogeneizadoras, profundizan su dependencia frente al modelo de Estado centrado en el mercado globalizador, ampliamente reconocido como un modelo que reduce el gasto social e impulsa procesos privatizadores entre otras reformas. Se cambia el papel de fuerza de trabajo dentro de los procesos productivos, generando desempleo y profundización de la pobreza.

La nueva lógica es bien clara: acumulación de capital sin importar el impacto social, una especie de darwinismo social que arrasa con la vida de relación. Este capitalismo salvaje, ha generado una enorme deuda social y sanitaria incrementándose las brechas de inequidad social especialmente en el tercer mundo (1). El impacto del proceso de globalización ha profundizado las inequidades, siendo conminada esta región del mundo, a profundizar la desigualdad en la distribución de la riqueza. La crisis se manifiesta en tres dimensiones: epistemológica, teórica y metodológica (2).

La crisis de la salud pública en América Latina, se hace reconocible por el resurgimiento de enfermedades que se creían casi erradicadas, subregistros de mortalidad y morbilidad, tendencia generalizada al desempleo o subempleo, crecimiento sostenido de la informalidad, persistencia de alta mortalidad materno infantil, así como por suicidios-homicidios, y tendencias al retroceso de la esperanza de vida de la población, entre muchos otros males. Para inicios del 2000 en la región de las Américas, existía un 36 % de hogares por debajo de la línea de pobreza, con diferencias que van desde un 5,9% en

Canadá hasta un 65% en Haití. Dentro de lo demográfico se han producido cambios considerables. La población del tercer mundo ha crecido significativamente, así como las migraciones por la carencia de opciones para el logro de una vida digna. (1)

El deterioro ecológico ha impactado tremendamente en nuestras geografías. Entre 1990 y el 2000 se perdieron anualmente 37.000 Km. cuadrados de bosques lo que representa un 0,5% de la masa forestal de América Latina. Para el 2010 se habrá deforestado el 5% de los bosques de la región. Esta situación refleja el carácter depredador modelo económico liberal globalizador, con las consecuencias ecológicas que todos conocemos. Se calcula que una cuarta parte de la población en el mundo vive en condiciones de pobreza. Esto repercute en las altas tasas de mortalidad infantil atribuibles a causas como la desnutrición y las enfermedades respiratorias, por ejemplo a inicios de la década actual, aproximadamente 15 millones de niños fallecieron por enfermedades prevenibles. La población femenina en los países subdesarrollados equivalente al 84 % de las mujeres del mundo, confrontan altísimos riesgos de muerte en los procesos de parto. De las 529.000 defunciones maternas que se produjeron en el 2000, el 95% ocurrieron en África y Asia. (1).

Actualmente más de 1.000 millones de personas viven en la pobreza extrema (menos de un dólar al día), el 70% son mujeres. Más de 1.800 millones de seres humanos no tienen acceso a agua potable. 1.000 millones carecen de vivienda estimable, 840 millones de personas mal nutridas, 200 millones de ellos son niños menores de cinco años, 2.000 millones de personas padecen anemia por falta de hierro, 880 millones de personas no tienen acceso a servicios básicos esenciales. Aunque algunos países han reducido su mortalidad infantil, sigue siendo muy alarmante que 27.000 menores de cinco años mueren cada día por causas evitables (3).

Nos enfrentamos con unos perfiles socio epidemiológicos complejos donde al lado de enfermedades ligadas a la pobreza, coexisten enfermedades crónico degenerativas, lo que se conoce como acumulación y polarización epidemiológica; esto alude a desigualdades sociales dentro de parámetros de distribución. "Para los países de la periferia que no forman parte de los grandes circuitos de acumulación capitalista, no se trata de una transición, sino mas bien de acumulación cuya característica básica es la coexistencia de patologías típicas del subdesarrollo y la pobreza, enfermedades infecciosas y carenciales con enfermedades crónico- degenerativas típicas de los procesos de industrialización y urbanización" (4)

Los sistemas de salud en América Latina, exhiben marcados síntomas de deterioro no solamente en la atención, sino en la gestión de los servicios situación que ha devenido en un aumento de patologías y reaparición de enfermedades infecto contagiosas que se creían controladas. A esto se le suma, la violencia en todas sus manifestaciones como un problema importante de salud pública, lo que viene a conformar un mapa socio epidemiológico de riesgo para concretar la calidad de vida de millones de seres humanos y humanas. La crisis en el sector salud se puede precisar como insuficiencia del modelo explicativo conceptual, crisis del modelo organizativo, colapso del modelo de gestión, inadecuado modelo de financiamiento, insuficiencia del modelo de formación de profesionales y técnicos (4).

A la par de estas situaciones de deterioro, se ha producido un boom tecnológico en el campo de la salud, lo que se ha llamado fetichismo médico sofisticado, conduciendo las prácticas y los saberes a una progresiva y deshumanizada ratio instrumental. La obsolescencia

tecnológica en el espacio salud y los altos costos para las grandes mayorías, profundiza las inequidades sociales. La dependencia tecnológica en el caso de nuestros países, agrava aun mas este problema es decir, somos países productores marginales de tecnología para la salud. (1)

Este recrudescimiento médico centrista, refuerza el uso de la tecnología como la gran panacea a los problemas socio sanitarios; fortaleciéndose los modelos curativistas los cuales reflejan una evidente crisis de legitimación socio política en esta área. En este sentido, la "enfermología pública sustituyo a la salud pública", una mirada centrada en la enfermedad y la muerte exclusivamente (5).

Este reduccionismo, ha obviado otras dimensiones de la producción social de la salud: La gente y su mundo de acción y relación. Se han construido toda una serie de representaciones simbólicas que han distorsionado lo que significa la salud como un componente de la calidad de vida. Se puso énfasis en los costos de la atención de salud, con una visión de productividad y eficiencia, con un claro posicionamiento ideológico centrado en lo utilitarista- individualista; lo cual ha promovido las tendencias privatizadoras en detrimento de la visión de solidaridad humana. Los costos han sido la coartada perfecta para justificar la tendencia hacia la transferencia de lo público a lo privado, dominio de las transnacionales en salud, consolidación del complejo médico industrial, conformación de una cultura de masas en salud para el consumo de bienes y servicios, y focalización de las políticas sociales.

La salud debe ser manejada como cualquier otro tipo de negocio, desde un punto de vista gerencial y empresarial. Dentro de esta visión, se naturaliza el concepto de salud-enfermedad como un producto negociable; perdiéndose de esta manera su carácter de derecho social universal. Todo este panorama, pone sobre el tapete el contexto de crisis que ha estado experimentando la salud pública como campo de teoría y de prácticas en América Latina. Resumiendo, podemos precisar que esta crisis surge a partir de los paradigmas que han sustentado las diferentes visiones que sobre la salud pública se han construido.

Coincidimos con Almeida en la existencia de una orientación pragmático - funcionalista - tecnocrática - ahistorica, descontextualizada y por ende disyuntiva. Este marco epistémico modela unas políticas y unas practicas marcadas por el enfoque curativista, preventivista, biologicista, factorialista, cientificista e individualista. Amén de dibujar un proceso de construcción del conocimiento en salud, caracterizado por modelos de investigación uni y multicausales característicos de la mirada contagionista, y de una epidemiología que centra sus esfuerzos en recoger los indicadores de morbilidad que le dicta la visión mecanicista del cuerpo, y la tendencia restauradora de las prácticas sanitarias; donde lo social paso a ser considerado algo externo al proceso salud- enfermedad (2).

2.- Modernidad y Salud Pública. La influencia del paradigma cartesiano-newtoniano, constituye sin lugar a dudas, la base conceptual de la Salud Pública en la Modernidad. Modelo que perpetua la idea del cuerpo como una simple máquina, una suma de partes desconectadas. La separación mente cuerpo, ha sido una poderosa representación generando disyunción hombre- cuerpo, hombre-ambiente, hombre-sociedad, hombre-esencia (6).

Por otra parte, el modelo de atención se ha caracterizado por su disociación y fragmentación, separándose lo preventivo de lo curativo,

lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo. Esta visión medicalizada impide comprender que la salud no es el producto solamente de lo que hace el sector salud, mucho menos de lo que hacen los médicos en los hospitales. La salud es el resultado de lo que hace el conjunto de la sociedad, sus instituciones públicas y privadas y los ciudadanos (4). El patrón tecnológico se concretó con la puesta en escena del modelo flexneriano, legitimado por los marcos institucionales, políticos e ideológicos, sedimentándose un modo particular del sistema semiótico médico, que ha orientado la producción de sentido atendiendo a la ratio-técnica como matriz ideológica fundante.

Un saber en salud bajo los presupuestos del discurso de la ciencia moderna en sus pretensiones de objetividad, verificabilidad, coherencia, sistematicidad y neutralidad. Un modelo médico que se presenta como un conocimiento cerrado y centrado en el método terapéutico-alopático; el cual se construye y se configura en un lenguaje científico propio como instrumento de significación y de comunicación entre los interlocutores legítimos de este espacio

Ante estas realidades, la salud pública no ha hecho más que intentar redefinir criterios que orientan su ser y su hacer, intentando aproximaciones que puedan dar respuestas a las complejidades socio sanitarias sin romper del todo con la lógica dominante. Ejemplo de ello, son toda una serie de encuentros Internacionales donde se han formulado diferentes visiones de la salud pública: (7)

a) Carta de Ottawa (1986) precisa que la promoción de la salud, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un adecuado bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones en función de satisfacer sus necesidades.

b) Declaración de Liverpool (1988), se introdujo el concepto de municipios saludables, definiéndolos como aquellos espacios donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones públicas y privadas, las organizaciones empresariales, de trabajadores, comunitarias y la sociedad en general; dedican esfuerzos en pro de crear y mejorar su medio físico y social, fortaleciendo la participación comunitaria y por ende la construcción de ciudadanía.

Se comienzan a implementar los Sistemas Locales de Salud (1990), se definieron como instrumentos para lograr la coordinación de todos aquellos recursos e instituciones que en el sector salud y fuera de él, tienen relación con la salud de las personas y las poblaciones organizadas sobre una base geográfica y poblacional. Conformados como una red de servicios, fundamentados en la participación comunitaria y operando con modelos de atención que trascienden lo curativo.

c) Cumbre de Río (1992), introducen el concepto de desarrollo sostenible y como parte de éste, la protección y el fomento de la salud.

d) Declaración de Santa Fe de Bogotá (1992), se reafirmaron los principios de la promoción de la salud de la carta de Ottawa, y se enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y equidad, como condición indispensable para el desarrollo de la salud en América Latina

e) Declaración de Yakarta (1997), se reafirma a la salud como un derecho humano y esencial para el desarrollo social. La promoción de la salud es reconocida como un elemento esencial para el desarrollo

de la misma, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud.

f) Conferencia de Adelaida – Australia (1998), se definió la política pública saludable como aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.

g) Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, donde se planteó la necesidad de fomentar la capacidad y autosuficiencia de los países, para emprender una acción nacional concertada que promueva el crecimiento económico, fomente el desarrollo nacional sostenible y mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible.

En relación a las diferentes concepciones sobre la salud pública, es oportuno señalar que no hay nada más complejo que tener definiciones claras y precisas en torno a la salud pública. Históricamente se la ha definido a partir de concepciones biologicistas, antropológicas, epidemiológicas, sociales, socioeconómicas y socioculturales. En tanto tal, reconocemos su carácter polisémico. Los conceptos de salud y enfermedad y la forma como se abordan, representan categorías ideológicas, altamente influenciadas por el contexto social, político, económico que las rodea, evolucionando y respondiendo a los cambios socio políticos (8).

Un ejemplo de lo acotado lo podemos rastrear en las diferentes posturas ideológicas desde la linealidad, nos referimos a la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien en 1945 definió a la salud desde una perspectiva ahistorica y profundamente esencialista, hasta la perspectiva multifactorial esbozada en el informe Lalonde donde se definen las bases de un movimiento por la promoción de la salud bajo el lema de añadir más años a la vida y más vida a los años. (9)

La salud pública es la resultante de la interacción armónica de las condiciones biológicas, síquicas, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad, que le permiten acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Es un servicio público, incluido en los derechos económicos sociales, culturales y ambientales en tanto sujetos de derechos y deberes. Es además una construcción política en la que necesariamente deben participar el Estado y la Sociedad civil asumiendo la interacción de múltiples sectores sociales y determinantes en la calidad de vida y la salud de las poblaciones (10).

Otra concepción, es la referida a la Reproducción social de la situación de salud, desarrollada por Samaja (11), quién sostiene que la existencia humana lleva consigo una determinada forma en que se manifiesta el proceso salud-enfermedad, un determinado perfil de los problemas de salud y del bienestar característico de cada grupo en un determinado momento histórico. El modo de vida dentro de esta perspectiva, es expresión del grado de desarrollo de las fuerzas productivas, de la organización económica y política, del modo de relacionarnos con el medio ambiente, la cultura, la historia y otros procesos que contribuyen a formar la identidad.

Esta perspectiva, donde la salud es un componente de la calidad de vida, se nutre de la teoría de la complejidad y plantea abordar el análisis de situación de salud de poblaciones como espacio privilegiado, trabajando desde la teoría de sistemas complejos y adaptativos.

Este enfoque transdisciplinario en salud, precisa lograr una articulación transdisciplinaria que innove y cree nuevos conocimientos, que supere la yuxtaposición de saberes, habilidades y destrezas. Por su parte, en el enfoque sistémico de la salud, se la concibe como un proceso social en el cual se produce y reproduce la vitalidad humana colectiva e individual. Contiene dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, espirituales, intersubjetivas. El enfoque gerencial, requiere del uso de herramientas conceptuales y metodológicas como el uso de análisis prospectivos, y técnicas de simulación que permitan anticipar el futuro.

Finalmente, el desafío de la salud pública desde el enfoque de la epidemiología crítica (12), se ubica en una encrucijada donde intervienen múltiples disciplinas y enfoques metodológicos, desde una visión de multiculturalidad, con el propósito de integrar todas las perspectivas en función de la comprensión de los hechos concretos.

3.- Medicina social, Salud Colectiva y Pensamiento Complejo.

Frente a la concepción positivista-funcionalista de la salud y la enfermedad, surge un pensamiento contra hegemónico en el siglo XIX, que visibiliza la naturaleza social de la salud y la enfermedad, incorporando al debate nuevas dimensiones epistemológicas para abordar la temática en cuestión, desde otro referencial teórico-conceptual. Nos referimos a la Medicina social, que intenta lograr su identidad en contraposición con la salud pública, la cual desde esta concepción, tiene una proyección elitista e idealista con gran énfasis en lo tecno-científico y lo funcional; desconociéndose el carácter histórico social de la salud y la enfermedad.

La medicina social se nutre del pensamiento marxista, si queremos ubicarla epistemológicamente, es necesario evidenciar toda una serie de marcas ideológicas que la caracterizan: Relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas, relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción, las formaciones socioeconómicas y los conceptos de salud, investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica; todo esto inscrito dentro de las relaciones entre los modos de producción, la formación socioeconómica y las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas.

La medicina social orienta su búsqueda, hacia la salud colectiva. Desde este marco epistémico, propone que nuestro objeto de reflexión e intervención no sean los individuos, sino los actores/as sociales. Su centro de atención serían las poblaciones vistas como totalidades, cuyas características trascienden al mero agregado de individuos; ampliando así la definición de problemas, la investigación y prácticas dentro del encuadre materialista histórico y no solo en determinantes de la enfermedad. Enfrenta a la mirada positivista al incorporar otras categorías de análisis como lo económico, lo social, lo político, y lo ideológico como mediación para comprender la salud-enfermedad, como expresión de unas relaciones de producción histórico cultural.

La medicina social y la salud colectiva han sido fieles a la conquista de los derechos humanos, los cuales no pueden lograrse si no es a través de una conciencia social que se vincule con otros saberes y otros sentires. El mundo en el que se mueve este enfoque, es un mundo que está dado y está dándose, dinámica que requiere conocer y accionar en esa doble existencia en función de trascender el patrón morbicentista.

En tanto tal, los aportes de la medicina social han sido muy significativos para enfrentar el poder hegemónico del modelo biomédico, reafirmando el concepto de salud como un derecho individual y colectivo integrado a los derechos fundamentales. La salud considerada como un derecho social, como una finalidad social del Estado vista desde sus dos dimensiones: lo individual y lo colectivo, de allí su carácter dinámico e integrador. El método-camino trazado por la medicina social intenta romper con el pensamiento positivo de la causalidad. Sin embargo, la medicina social tiene una tarea pendiente: Concretar espacios para lograr aproximaciones sucesivas que le permitan la necesaria autocrítica que acelere su avance hacia el logro de la salud colectiva, rescatando a los actores/as sociales en el reconocimiento pleno del ser persona de derechos y deberes (13).

Una salud colectiva que se nutra permanentemente del mundo simbólico de los otros/as para que de cuenta de lo uno y lo diverso. Esto obliga a una puesta en escena de un modelo de planificación estratégico situacional, donde se parta de las necesidades sentidas desde las comunidades y territorios sociales, desde la propia gente, incluyéndose en el análisis el género, la etnia, el ciclo de vida, la clase social.

Este desafío pasa por incorporar los elementos de la epidemiología crítica, y los aportes de la complejidad. Tarea impostergable para lograr concretar el discurso integral e interdisciplinario de la salud colectiva. En otras palabras, construir una nueva mirada epistémica desde lo holocológico. Corresponde a la epidemiología crítica una gran responsabilidad: Contribuir a sustentar una salud pública que retome como prioritarias, las estrategias de intervención poblacionales como un importante nivel organizativo de la realidad dentro de una mirada compleja. Se necesita reforzar los análisis de la situación de salud de poblaciones desde otra racionalidad, como espacio privilegiado de la epidemiología y de otras disciplinas; en la definición de políticas y en la evaluación de impacto de sus intervenciones desde y con los actores/as sociales.

Esta nueva racionalidad, se ha nutrido de los principios de la Física Cuántica. Las nuevas realidades emergentes durante este siglo especialmente en el campo subatómico y en el astronómico, su fuerte interdependencia, sus ocultas interacciones y por otra parte, el descubrimiento de la riqueza insospechada de la capacidad creadora de los procesos cognitivos del cerebro; postulan una nueva conciencia y una nueva racionalidad. La interdependencia de las realidades exige ir más allá de lo disciplinar hacia el encuentro con lo interdisciplinar, lo cual constituye el gran desafío de la ciencia del siglo XXI (14).

Los ideales positivistas resultaron cortos, insuficientes e inadecuados para modelar realidades. El agotamiento del paradigma en cuestión, radica no solo en su inconsistencia interna y epistemológica, sino en su incapacidad para dar explicaciones adecuadas e intelectualmente satisfactorias de la realidad que nos circunda. "Esta incapacidad hace repercutir su esterilidad y pobreza, frenando el progreso y avance de los verdaderos conocimientos que necesitamos" (14). Sin lugar a dudas, la lógica clásica aristotélica se quedó corta, sus conceptos terminaron siendo estáticos y reductivos. Una visión determinista de la realidad que la salud pública tradicional consolidó conformando un cemento del sentido.

Los físicos lograron una verdadera revolución de los conceptos fundamentales de la física clásica, elaborando la teoría de la física cuántica sobre todo con los aportes de Einstein, Heisenberg, Paulí,

Bohr, Planck, Prigogine entre otros (14), afirman que la nueva física debe ocuparse de un numeroso grupo de entes que son inobservables, pues la realidad física ha tomado cualidades que están alejadas de la experiencia sensorial directa. Han aparecido materias textuales fundantes como: estructuras disipativas, tesis desarrollada por Prigogine (15) quien señala que el sistema esta siempre fluyendo, nada está fijo. Cuanto mas coherente o intrincadamente conectados estén, una estructura es mas inestable.

Este continuo movimiento de energía a través del sistema, crea infinidad de fluctuaciones. Los elementos de la vieja estructura entran en una nueva interacción unos con otros, realizando nuevas interacciones y conexiones, de esta forma, hay una reorganización permanente de orden y caos en los sistemas. Sin lugar a dudas, se fractura el modelo de la ciencia moderna, para dar paso a lo que se conoce como la gran bifurcación (16). El desorden entropico juega en la creación del orden (14)

Volviendo sobre los aportes de los físicos cuánticos, el principio de incertidumbre desarrollado por Heisenberg (14), nos conduce a pensar en sistemas no lineales, impredecibles, dramáticos e inestables. La era de las certidumbres llegó a su final. Sin lugar a dudas, la nueva física ha dibujado un nuevo modelo de ciencia, y por ende una nueva forma de abordar la salud pública. El principio de exclusión, por su parte, establece que las leyes- sistemas no son derivables de las leyes que rigen sus componentes. El todo es explicado y entendido desde una perspectiva polisistémica. Cada estructura esta compuesta por una serie compleja de otras subestructuras o subsistemas y todos juntos forman una superestructura dinámica de altísimo nivel de complejidad.

Ese todo polisistémico, obliga a pensar en la interdisciplina para poder captar la riqueza de la interacción entre los diferentes subsistemas. Complementariedad que se puede resumir como sigue: la descripción de los fenómenos depende del modo de observarlos, ninguno de los modelos complementarios de un cierto fenómeno es completo, un determinado fenómeno se manifiesta al observador desde diferentes perspectivas. No se trata de sumar, sino de respetar e integrar los diferentes aportes en un todo coherente. Una lógica de la interdependencia-dialéctica en la cual, las partes son comprendidas desde el punto de vista del todo y viceversa.

"Creo que es imposible conocer las partes sin conocer el todo y que es imposible conocer el todo sin conocer particularmente las partes" (17). Para el autor la complejidad, lo complexus significa lo que está tejido. Hay complejidad cuando ..."son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo (como el económico, el político, el sociológico, el psicológico, el afectivo, el mitológico) y que existe un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto. La complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad" (17)

En esta misma línea de pensamiento, Mandelbrot con su teoría de los fractales (18), quiebra la causación lineal y unidireccional; estableciendo que los sistemas en sus movimientos generan infinidad de trayectorias totalmente impredecibles. La emergencia de lo nuevo y lo imprevisto como fuentes de una nueva forma de abordar y asumir lo real social, debe ser incorporada dentro de los desafíos que hoy se le están haciendo a la salud pública.

Pensar desde la complejidad en salud pública, obliga a ubicarnos dentro de nuevas coordenadas. Cada realidad fenoménica que

abordamos como totalidad, en realidad es un subsistema de otros sistemas mayores, en el seno de los cuales interactúa con otros subsistemas de su mismo nivel. La realidad se nos aparece como un sistema complejo-abierto, con un infinito número de niveles organizativos. A cada nivel organizativo, corresponden cualidades emergentes, las cuales son producto de la interacción de las unidades que lo componen. En tanto tal, cualquier situación de estudio debe ser aprehendida como parte integrante de una totalidad mayor, las cuales dialogan con otras unidades de un mismo nivel.

Cada estrategia de abordaje debe responder a diferentes saberes y perspectivas. Nos aproximamos mas a recuperar los procesos y fenómenos en condiciones lo más cercanas posibles a como realmente acontecen en la vida cotidiana. Esto indudablemente, aumenta la potencia explicativa y la comprensión e interpretación de la otredad. La complejidad es efectivamente un tejido de eventos, acciones, interacciones, determinaciones, azares que constituyen nuestro mundo fenoménico. La complejidad no significa complicación, todo lo contrario, connota multiplicidad de factores que se cruzan y entrecruzan sin pretender dar explicaciones casualistas o finalistas. Es un pensamiento articulante y multidimensional (17)

El poder explicativo e interpretativo no existe en individuos aislados, solo emerge en procesos de interacción. Mientras más complejo es el sistema de estudio, menor será la capacidad de predicción. En los sistemas complejos, siempre encontraremos un componente de predicción y un componente azaroso, irregular caótico e innovador. Dentro de este panorama, la nueva salud colectiva tiene que atender lo general, lo particular y lo singular. Integración paradigmática, lo ideográfico y lo nomotético en dialogicidad.

Se apuesta por una pluralidad de la subjetividad, integrada ésta por subjetividades familiares, comunitarias, societales, estatales. Rescatar la subjetividad, en la visión del autor, representa una base ontológica fundamental para contrarrestar los postulados de la epidemiología positivista. La epidemiología clásica, se basa en la relación directa entre los factores ambientales y la enfermedad, una mirada absolutamente simplificadora de la causalidad. Recordemos como la noción de población, de dato, de tasas, de factores de riesgo, están sostenidos sobre esta idea simplificadora de la causalidad. Las prácticas médicas derivadas de esta comprensión, han sido eficaces para enfrentar las contingencias en el plano sanitario-asistencial, aunque en el plano de construcción social de la salud, su reduccionismo la ha privado de poder enriquecer la mirada incorporando las subjetividades que le son propias al campo teórico-práctico de la salud pública (11).

Al ignorar la complejidad del medio social, al reducirlo a condiciones ambientales, al constreñir la intervención sanitaria al medio ambiente y al saneamiento; se produce como resultado una profunda brecha sobre las complejidades que giran alrededor de la vida y sus circunstancias. Para el autor, realizar abordajes en salud pública desde la complejidad, implica reconocer las dialécticas particulares de las partes y del todo como unidad compleja. El punto de partida sería la reproducción social, espacio desde donde se pueden explicar los procesos de creación, de cambio, de innovación y de autonomía.

La propuesta es por una epistemología más integradora, que reconozca en el ser una realidad compleja, a fin de dar cuenta de los actores/as, de las cosas y de las reglas, no como sustancias sino como dimensiones del análisis. Dicho de otra manera, una nueva semiótica social, que pueda dar cuenta de esa red de subjetividades

que se cruzan y entrecruzan en las dinámicas y los espacios que conforman la vida de los colectivos humanos.

“La problemática de la salud, es consustancial con las condiciones concretas de la vida, y estas condiciones forman parte de la reproducción social y sus circunstancias” (11). Toda investigación sobre situación de salud y condiciones de vida, que pretenda dar cuenta de la complejidad social, tiene que funcionar dentro de una arquitectura y una funcionalidad como sistemas jerárquicos y cuasi descomponibles.

A tono con esta nueva arquitectura, se precisa que más importante que conocer de qué se mueren las personas, se debería conocer como viven, como se articulan sus perfiles de salud con sus proyectos de realización personal y colectiva. Un análisis de situación de salud desde la perspectiva teórica del autor, debe partir de los perfiles de necesidades y problemas jerarquizados por diferentes actores/as sociales que interactúan cotidianamente en el seno de las instituciones y las comunidades. “Reproducir los seres humanos en tanto integrantes de poblaciones, involucra reproducir sus formas de conciencia, de conducta, y sus relaciones económicas” (19)

La nueva salud pública esta obligada a nutrirse de diferentes aportes teórico-metodológicos y esto no es otra cosa que abordar la salud y la enfermedad, desde un pensamiento que lidie con el orden y con el caos, con las bifurcaciones y con las subjetividades. Una construcción permanente de conocimientos en salud desde una visión estratégica situacional. Un proceso de encuentro, un genuino desarrollo cognoscitivo, una hermenéutica que se aproxime al ser y a sus circunstancias (20). Ese amplio e inexplorado mundo experiencial que tanto hace falta indagar, para humanizar los saberes y las prácticas en salud pública.

4.- A Manera de Cierre. La nueva Salud Pública tiene el gran reto de incorporar la otredad y la dignidad humana en un horizonte ampliado de alteridad-solidaridad; no restringido a quienes son cercanos en términos de grupos, clase social, geografía o ideologías. De lo que se trata, es de pensar en términos de sistemas abiertos y en múltiples posibilidades, dentro de procesos de encuentro y dialogo de saberes, donde los/as otras/os se conviertan en actores/as de su propio desarrollo. Un ejercicio pleno de sus libertades y autonomía, donde lo intersubjetivo posibilite entrar en consenso y en disenso sobre el mundo social compartido. De esta manera, la acción comunicativa de Habermas (21), viene a conformarse como la mediación adecuada para lograr los acuerdos intersubjetivos entre el sistema de salud y la gente, dentro de unos espacios de encuentro en el aquí y en el ahora. Abriendo caminos hacia soluciones más integradoras que permitan reconocer la continuidad del hecho socio sanitario en el tiempo y en el espacio donde se vivencian y se construyen. Una nueva mirada desde la planificación estratégica situacional.

Ese abrir caminos entre otras cosas, incluye la incorporación de la categoría de género como un eje transversal, con el fin de poner de relieve los mecanismos que estructuran la desigualdad y los efectos que produce en la salud de las mujeres quienes conforman la mitad de la población mundial. Fracturar la conceptualización diferenciada de las prácticas y experiencias de hombres y mujeres ha devenido en una visión básicamente diferencialista y excluyente, ocultando aspectos de notable relevancia en la vida de las mujeres y hombres en sus formas de enfermar y morir.

La nueva salud pública tiene que echar mano de los juegos interactivos, de los juicios estratégicos propios de la interacción entre

actores/as sociales. Tiene entonces que dialogar con todas las disciplinas y con los saberes comunitarios, a fin de ensanchar y nutrir su campo de acción tan restringido por causa de la visión finalista y casualista de la ciencia. Surge en consecuencia, la aspiración de consolidarse como un proceso sistémico abierto, de aprendizaje y producción de conocimientos; que facilite la constitución de vías teóricas de superación de obstáculos institucionales, científico-técnicos, socioculturales, epistemológicos y metodológicos en relación con las prácticas en salud y su contextualización en las realidades de Venezuela y de América Latina.

BIBLIOGRAFIA

1. Granados, R. La Reforma de los servicios de salud. Tendencias y efectos en América Latina y el Caribe. Instituto de Ciencias Médicas. La Habana. Cuba. 2001; 25
2. Almeida, N. A Crise de Saúde Pública e a Utopia de Saúde Colectiva. Salvador de Bahía. Casa de Cualidades. Brasil. 2000.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008: Salud materna y neonatal. Disponible en: http://www.canalsolidario.org/web/noticias/noticia/?id_noticia=9600
4. Feo, O. Repensando la salud. Universidad de Carabobo. Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia. Venezuela. 2003.
5. Granda, E. La Salud Pública. Vida, Identidad y Ética. Ponencia Presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima. Perú. 2001; 12
6. González, M.C. El discurso médico. Representaciones Sociales. Ediciones del CDCH. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. 2005.
7. Organización Panamericana de la Salud. La Estrategia global de la salud para todos. Washington. D.C. 2000.
8. Navarro, V. Concepto actual de la salud pública. Mc. Graw Hill. Interamericana. España. 1998.
9. Lalonde, M. New Perspectives on the Health of Canadians. Ottawa: Government of Canada. 1974.
10. Ruiz, I. Salud y calidad de vida. En: Franco, S. (Comp.) Salud Pública Hoy Edición Universidad Nacional de Colombia. 2005.
11. Samaja, J. Epistemología de la salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. . 2004; 23
12. Breilh, J. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2003.
13. Sosa, G. Un Médico Más cercano al hombre y a la salud. Clemente Editores. Valencia. Venezuela. 2006.
14. Martínez, M. La nueva ciencia. Su desafío, lógica y método. Trillas. México. 1999; 64
15. Prigogine, I. La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia. Gallimard. Paris. 1986.