
La salud pública como escenario para el diálogo de saberes

Public health as a stage for dialogue of knowledge

Saúde pública como um palco para diálogo de saberes



Diego Alveiro Restrepo Ochoa¹

Psicólogo, Magíster en Psicología. Estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Docente investigador – Universidad CES. e-mail: drestrepo@ces.edu.co

Una de las características de la ciencia moderna ha sido su interés en la fragmentación ontológica, esto es, en la división de la realidad en pequeñas parcelas que puedan constituir el territorio propio de las diversas disciplinas, en las cuales se cultivan sus propios objetos de estudio, sus problemas fundamentales y sus intereses epistemológicos, sociales y políticos. La cartografía de la ciencia nos muestra un sinnúmero de territorios disciplinares, cada vez más escindidos y aislados, que defienden de manera intensa y beligerante la posesión epistémica de su “fragmento de realidad”.

El campo de la salud no ha sido ajeno a este efecto de la modernidad y en consecuencia se ha constituido en un terreno en disputa tanto epistémica como política; no han sido pocas las campañas “colonizadoras” que han intentado decir verdad sobre la salud y la enfermedad de los individuos –y más recientemente de los colectivos– a partir de diferentes ideologías y dominios de cientificidad.

No obstante, con la crisis de los metarrelatos de la modernidad, hemos empezado a entender (o más bien, hemos recordado) que la salud no es un objeto que pueda circunscribirse a una única disciplina y que la lógica fragmentaria de la ciencia moderna lo único que logra es alejarnos de cualquier posibilidad de comprender la salud en su inherente complejidad. En este ámbito de “transición epistemológica”, la salud pública se erige en un escenario propicio para el diálogo de saberes y para la democratización del conocimiento con relación a la salud.

La salud pública no constituye una disciplina autónoma, ni tampoco se puede “inscribir” en ninguna de las categorías clasificatorias de las ciencias (ciencias sociales, ciencias naturales, etc.). La salud pública es más bien un campo transdisciplinar¹ que desborda los compartimentos estancos de las diferentes disciplinas y que reclama como condición de posibilidad la construcción transdisciplinar de sus problemas, sus métodos y sus propuestas de intervención.

A diferencia de la lógica sumativa que caracteriza la interdisciplinariedad, es decir, el mero concurso de los discursos propios de las disciplinas en un proyecto común, o el simple hecho de compartir lenguajes y metodologías, la transdisciplinariedad implica una integración teórica y práctica en torno a los problemas de la salud pública, trascendiendo las fronteras disciplinares y creando un mapa cognitivo común, un marco epistémico amplio y una meta metodología, que permite integrar conceptualmente las diferentes orientaciones de su análisis.

En el contexto de la institucionalidad académica en nuestro país, la mayoría de los programas de formación, así como las revistas y los grupos de investigación en salud pública se “inscriben” en una “facultad”, “departamento” o “escuela”, bien sea de medicina, ciencias sociales, ciencias de la salud, entre otras. Estas formas organizativas de la actividad académica y científica en salud pública son necesarios artilugios administrativos, pero de ninguna manera deben

entenderse como formas de apropiación disciplinar de la salud pública. La endogamia paradigmática y metodológica a la que muchas veces se ve conminada la salud pública por cuenta de la disciplinarización e institucionalización constituye un obstáculo no solo epistemológico, sino también político y ético para lograr un impacto significativo sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, los grupos y las comunidades, pues ninguna disciplina aislada puede dar respuesta de manera satisfactoria a la complejidad de los problemas relacionados con la salud y sus determinantes.

Hasta este punto, se ha señalado la importancia de la transdisciplinariedad como primera vía para la materialización del diálogo de saberes en salud pública; no obstante, es menester recordar que la salud no solo constituye un objeto para la ciencia, sino que también, y fundamentalmente, constituye un objeto social, es decir, un objeto en torno al cual las personas y los grupos generan saber y comparten prácticas y significados. En este sentido, la salud pública precisa no solo el diálogo de saberes expertos, sino también la restitución del diálogo con aquellas formas de saber que obtienen su legitimación por vías diferentes a la de los cánones de la ciencia, es decir, a través de la experiencia social.

A pesar del énfasis que desde la Declaración de Alma Ata se ha puesto en la necesidad de la participación individual y colectiva para la planificación y la aplicación de la atención en salud, el colonialismo del saber experto sigue teniendo un carácter expansivo, y aquello que se denomina "participación" no es otra cosa que una socialización unidireccional donde los actores sociales son informados de las acciones definidas por los expertos, sin que su voz y su saber sean tomados en cuenta de manera genuina y efectiva.

La hegemonía del saber experto ha perpetuado la brecha entre el conocimiento científico (reificado) y el conocimiento común en torno a la salud, y consecuentemente entre los profesionales y los académicos, por una parte, y los actores sociales, por otra. Se asume que los profesionales tienen un saber objetivo, demostrado y confiable que debe ser enseñado y aplicado para resolver los problemas de la salud pública, en tanto que los "legos" están desprovistos de tales saberes y por tanto deben ser instruidos, corregidos e intervenidos. La "evidencia científica" se ha constituido en el criterio soberano para la toma de decisiones políticas, académicas y profesionales y se ha establecido como "el nuevo rostro de la verdad" para el desarrollo de los programas, proyectos y políticas públicas en salud:

Muchas de las acciones que se adelantan en salud pública, así como muchas de las investigaciones que se realizan, amplían la brecha que ya existe entre los gobernantes y los científicos por un lado y los actores sociales por otro, pues las necesidades y los problemas que se intervienen o investigan, así como las formas de hacerlo, nacen en los escritorios de los funcionarios públicos o en las aulas de las universidades, pero no en el diálogo genuino orientado al entendimiento de las construcciones de sentido que dirigen la acción y el pensamiento de las personas con relación a la salud.

Por el contrario, la verdadera participación implica que las decisiones y acciones en salud pública deben involucrar activamente a los diferentes actores sociales y no solamente a los científicos y profesionales⁴. Esta participación en salud solo es posible a través de un diálogo de saberes en el cual tenga lugar la diversidad cultural en el conocimiento y en la interpretación de la realidad y la revalorización de los saberes que no tienen pretensiones de científicidad⁵. El diálogo de saberes se fundamenta en la legitimación del saber "ordinario" que permita deslindar las connotaciones de irracionalidad y falsedad que le han sido atribuidas al sentido común y por tanto introduce una nueva concepción del saber en salud pública, no como discurso unívoco de una élite, sino como un emergente de las relaciones dialécticas entre el conocimiento del sentido común y el conocimiento científico.

Cuando se asume el diálogo de saberes como enfoque y acción se está aceptado el presupuesto de que es posible configurar identidades de carácter plural y dinámica, reconocimiento sus autonomías relativas⁶; la condición de posibilidad para el diálogo de saberes entre la ciencia y el sentido común, es el encuentro de "zonas comunes" en torno a las cuales puedan construirse formas de entendimiento compartidas y prácticas social y científicamente aceptables.

El compromiso auténtico y genuino con el diálogo de saberes implica para el salubrista asumir la decisión de transformar sus propios puntos de vista a partir de la conversación con los actores sociales y por tanto debe estar comprometido con sus ideas, del mismo modo que se compromete con las ideas de sus interlocutores en un intento de evitar cualquier imposición de sus propios argumentos y razones¹. Este diálogo auténtico no impone la opinión de uno contra la de otro ni agrega sumativamente la opinión de uno a la de otro, sino que "transforma una y otra".

Se hace necesaria una "reforma del pensamiento" para conquistar este ideal de una salud pública transdisciplinar y democrática, en la que la diversidad, las contradicciones y las tensiones se acojan dialécticamente bajo la óptima fundamental de la ética, de la justicia y del bien común. Para lograrlo, no basta con desarrollar una retórica de tintes posmodernos o un discurso pseudoprogresista, sino empeñarnos en acciones concretas a nivel de la formación de los profesionales de pre y posgrado, de la investigación, del ejercicio profesional y de la acción política para hacer de la salud pública un verdadero escenario para el diálogo de saberes. La definición y puesta en marcha de dichas acciones es el reto y el compromiso que nos queda!!

Referencias

1. Gonzalez ER. La salud pública como campo transdisciplinar. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2007; 25(1): 71-77.
2. Martinez M. Transdisciplinariedad: un enfoque para la complejidad del mundo actual. *Concienciactiva* 2003; 1: 107-146.
3. Restrepo DA. La salud pública como ciencia social: Reflexiones en torno a las condiciones de posibilidad de una salud pública comprensiva. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2011; 29(1): 94-102.
4. Organización Mundial de Salud. Conferencia internacional sobre atención primaria en salud. Alma Ata, URSS. Declaración de Alma Ata. [Internet]. 1978 [citado 2010 nov 11]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
5. Leff E. Complejidad, racionalidad ambiental y diálogo de saberes: hacia una pedagogía ambiental. *Desenvolvimento e Meio Ambiente* 2007; 16: 11-19.
6. Ghiso A. Potenciando la diversidad. Diálogo de saberes, una práctica hermenéutica colectiva. [Internet]. 2000 [citado 2011 jun 2]. Disponible en: http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/documentos/potenciando_diversidad.pdf
7. Gadamer HG. Verdad y método II. Salamanca: Sígueme; 1992.

Forma de citar: Restrepo DA. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes.. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3(1): 1-3

