

# Revista

## Facultad Nacional de Salud Pública

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia  
revfnsp@caribe.udea.edu.co  
ISSN : 0120-386X  
COLOMBIA

2002

José Ricardo de Carvalho-Mesquita Ayres

CONCEPTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD PÚBLICA: ALGUNAS REFLEXIONES

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, julio-diciembre, año/vol. 20, número 002

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

## Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones\*

*Rethinking concepts and practices in public health*

*José Ricardo de Carvalho-Mesquita Ayres<sup>1</sup>*

### Resumen

El autor se propone revisar algunos conceptos trascendentes para el quehacer en salud pública: subjetividad/intersubjetividad, identidad/alteridad, éxito técnico/logro práctico y tratamiento/cuidado.

Alrededor de subjetividad/intersubjetividad, discute las características de *permanencia* o de *mismidad* y de *producción* en la constitución de la subjetividad. Propone que el sujeto no existe sino como conciencia de alteridad, ya que su individuación está dada por la "resistencia" que hace la presencia del otro a la universalización de su ser. Con relación a identidad/alteridad, trabaja sobre el dilema consistente en mantener criterios universales que homogenizan a los diversos sujetos o respetar a toda costa sus identidades. Propone mantener algunos criterios universales como una especie de "piso común" sobre el cual sería posible el diálogo entre los diversos. Sobre éxito técnico/logro práctico, analiza a partir de la idea de normatividad, la diferencia entre el éxito técnico, que para el caso de la acción en salud podría ser el control de las enfermedades y, por otro lado, el logro práctico que implica tomar en cuenta, además de la norma técnica, la idea que los diversos tienen acerca de lo que es el "buen vivir" o la felicidad. Finalmente, acerca de tratamiento/cuidado, señala que el concepto de tratamiento (reparación) comporta una relación "objetificante" en cuanto significa aplicación de una técnica para conseguir un objetivo claramente delineado. Propone mudar estos conceptos hacia el de "cuidado" por medio del cual las acciones de salud deberían procurar la realización de los sujetos en cuanto seres humanos.

### Palabras clave

Epistemología en salud, subjetividad, tratamiento en salud, identidad, práctica en salud.

---

\* Artículo original: *Repensando conceitos e práticas em saúde pública*. Traducción del portugués al español: Edmundo Granda, agosto de 2001.

<sup>1</sup> Médico sanitaria, doctor en medicina preventiva, Universidad de Sao Paulo, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. E-mail: jrcayres@usp.br.

Recibido: 2 de mayo de 2002. Aceptado: 8 de agosto de 2002.

## **Abstract**

The author deals with important concepts in public health in order to rethink them: subjectivity/intersubjectivity, identity/alterity, technical success/practical outcome, and treatment/care. Talking about subjectivity/ intersubjectivity, the characteristics of permanence and productivity in the constitution of subjectivity are studied. He considers that the subject only exists through his conscience of the existence of others. About identity/alterity, the dilemma between working with universal criteria that homogenizes diverse individuals or respecting their identities is analyzed. He proposes to keep some universal criteria as a kind of a common platform for a dialogue among the diverse. In the aspect of technical success/practical outcome and based on the idea of standardization, he analyses the difference between technical success, on the one hand, interpreted in health practice as disease control, and, on the other hand, practical outcome which takes into account technical norms but also the actors' ideas about "good living" or happiness. In the field of treatment/care, the concept of the former (repair) implies an objectifying relationship in terms of applying a technique in order to reach very well defined goal. The author invites to think about "care" through which health actions should promote the fulfillment of persons as human beings.

## **Key words**

Epistemology in health, subjectivity, treatment in health, identity, health practice.

## **La necesidad de revisitar conceptos**

Al iniciar el siglo XXI, es patente la necesidad de examinar algunos de los conceptos que, con diferentes grados de crítica, usamos cotidianamente al producir conocimientos o pensar alrededor de intervenciones en el campo de la salud pública. Si consideramos la profusión de nuevas o renovadas propuestas de producción de conocimientos, de organización de servicios o de desarrollo de modelos de atención puestos recientemente en el tapete de discusión sobre la salud —salud de la familia, vigilancia a la salud, promoción de salud, apoyo social, reducción de riesgos, reducción de daños, reducción de vulnerabilidad, medicina basada en evidencias, entre otras—, debemos considerar como restringida la producción de una reflexión conceptual más sistemática. Aún más, una sistematización es fundamental, por un lado, por la necesidad de una crítica consistente y madura acerca de los significados socio-históricos de esos movimientos recientes, y por otro lado, por el interés en la reconstrucción de bases epistemológicas de un campo tecno-científico extremadamente dinámico, pero bastante resistente al trabajo teórico-filosófico.

En ese sentido, y sin ninguna pretensión de ser exhaustivo sobre el elenco de cuestiones seleccionadas para la discusión, ni tampoco de agotar el tratamiento teórico dado a las mismas, se espera identificar aquí algunos puntos que pueden y necesitan ser problematizados y reformulados en la perspectiva de una profundización conceptual del conocimiento e intervención en salud pública. Es así como procuraremos examinar cuatro

grupos de cuestiones conceptuales, mutuamente implicadas, de gran importancia en el proceso de reflexión aquí defendido: subjetividad/intersubjetividad, identidad/alteridad, control técnico/logro práctico y tratamiento/cuidado.

## El sujeto como cuestión

En el *Vocabulario técnico y crítico de la filosofía*, de Lalande,<sup>1</sup> el sustantivo sujeto se refiere al “ser real considerado como algo que tiene cualidades o ejerce acciones”<sup>2</sup> que existe no solo *en sí*, mas *para sí*, y que, sin limitarse a ser objeto, visible desde fuera o delimitado por contornos lógicos, apenas tiene su verdadera realidad al contribuir para hacerse a sí mismo, a partir, sin duda, de una naturaleza dada y según exigencias íntimamente sufridas, mas por medio de un devenir voluntario y una conquista personal”.<sup>3</sup> Nos parece que esta es la concepción mas preñada de sujeto en los discursos sobre la salud pública, legado de la fuerte influencia hegeliano-marxista en el pensamiento sanitario brasileño en particular y latinoamericano en general.

Existen dos tópicos fundamentales donde encontramos ese sujeto de trazos hegelianos en nuestros discursos. El primero se relaciona con la *identidad* de los destinatarios de nuestras prácticas; con el ser auténtico, dotado de necesidades y valores propios, origen y señal de su situación particular. Es de ese sujeto de quien hablamos cuando nos comprometemos a conocer o entender las “reales necesidades de salud de la población”, repetida jerga de nuestro campo. El segundo tópico se relaciona con la *acción transformadora*; el sujeto como el ser que produce la historia, el responsable de su propio devenir. Es de eso de lo que hablamos cuando deseamos que aquellos a quienes asistimos “se tornen en sujetos de su propia salud”, otra conocida expresión que ciertamente cada uno de nosotros ya habrá usado alguna vez.

Ahora bien, encontrar los sujetos, esos seres auténticos, con sus necesidades y valores, capaces de producir cosas y transformar su propia historia, está en el centro de todas las propuestas renovadoras antes apuntadas. Mas, ¿será esa concepción de sujeto —que hemos usado tan acriticamente— adecuada para esas propuestas de renovación? Muy particularmente en el campo de la prevención, donde tal vez, más que en el campo del tratamiento o de la rehabilitación, se requiere la presencia del sujeto en la orientación de nuestras intervenciones, ¿será esa concepción de sujeto verdaderamente productiva?

Dos núcleos de significación implícitos en esa concepción de sujeto nos parecen problemáticos. El primero es la idea de *permanencia*, de mismidad, que reside en el seno de ese sujeto-identidad, lo que es igual a sí mismo a través de los tiempos, que se “hace a sí mismo a partir de una naturaleza dada”, moldeada por un “devenir voluntario”, una “conquista personal”. El segundo es la idea de *producción* en que se apoya el sujeto-agente de la historia. El ser histórico es el ser productor, aquel que introduce o mejora cosas o ideas para el progreso de la vida humana.

Lo que se quiere defender aquí es una revisión, con base en sólidos desarrollos de la filosofía contemporánea,<sup>4, 5, 6, 7</sup> que lleve a la subsunción de esa concepción de subjetividad (subjetividad que quiere denotar aquí simplemente el acto o estado de ser sujeto) en una conceptualización más rica. Una conceptualización de subjetividad en que la idea de permanencia, asociada a la dimensión identitaria, sea substituida por la *continua reconstrucción de identidades* y la idea de producción, relacionada con la dimensión transformadora, y que esté abarcada por la noción más amplia de logro práctico, que puede o no pasar por la producción de bienes.

Volveremos más adelante a esas mudanzas. Vale la pena, antes, llamar la atención hacia el hecho de que ambos cambios dependen de que superemos también los presupuestos solipsistas y fundamentalistas que permanecen en la base de nuestra concepción más habitual de sujeto, por más que no nos demos cuenta de ello. Dependen, por un lado, de que pensemos mucho más en intersubjetividad que en subjetividad, que consideremos, en otras palabras, el carácter inmediatamente relacional e irremediamente contingente de nuestras identidades e historicidades como individuos y grupos.

En un antiguo texto, el filósofo Emildo Stein<sup>8</sup> se refiere a una alegoría utilizada por Kant en la *Crítica de la razón pura*, que poca atención recibió en la literatura filosófica desde su publicación, pero que le parecía muy fecunda: la alegoría del vuelo de la paloma. Stein llama la atención hacia el hecho de que lo que más le impresionó en la alegoría eran ciertas posibilidades interpretativas que, admitía, no eran exactamente aquellas a las que Kant recurrió en su uso original. Lo mismo ocurre aquí con lo que presento. La alegoría de la paloma será utilizada con propósitos muy diferentes de la intención de discutir la metafísica, tal como aparece en la obra original de Kant, o la cuestión de la finitud y de la trascendencia que fue abordada por Stein. Nos interesa aquí percibir cómo, en la metáfora del vuelo de la paloma, es posible identificar elementos interpretativos que nos pueden llevar a una visión de sujeto más fecunda que aquella que nos legó la moderna filosofía del sujeto. Dice el texto: “La frágil paloma, mientras vuela libremente corta el aire cuya resistencia siente, sin embargo podría imaginar que aún más éxito tendría volando en el vacío”.

Ese vuelo soñador de la paloma puede ser tomado como una vigorosa metáfora del acto identificador, de la atribución de predicados a los diferentes momentos de la experiencia que nos hacen constituir, simultáneamente, nuestros mundos y a nosotros mismos.<sup>9</sup> La metáfora nos remite al proceso de construcción de identidades que nos indica una inexorable dialéctica de negar construyendo/construir negando, tan difícil de exponer en palabras y tan claramente expresada en la alegoría.

Nos interesa, particularmente, un aspecto fundamental de esa dialéctica: el lugar del sujeto, ese ser pensante que, al atribuir predicados al mundo, se identifica a sí mismo. Nos interesa la experiencia de “resistencia” que hace que surjan esos sujetos como presencias reales. Cámbiese el vuelo de la paloma por la historia humana, la resistencia del aire por la presencia inexorable del otro, y entenderemos la posición que queremos aquí sustentar: *no existe sujeto individual*, o dicho en otros términos, aquello que aprendemos a tratar como

individuo, o sujeto, no es ni más ni menos que un “sueño” de individualidad nacido de la experiencia vivida de no estar solos, de ser siempre e inmediatamente “el otro en cada uno”.<sup>10</sup>

Es a partir de esa resistencia del otro fuera de nosotros que nos identificamos. Es la alteridad vivida la que nos lleva a atribuir a nosotros mismos el predicado de individuo. *Individuum*, lo que no se puede dividir, lo que permanece cohesionado. Mas si es del otro de donde viene la resistencia, si son siempre diferentes los predicados que, al atribuir a terceros, nos identifican, entonces esa permanencia no puede ser mismidad (lo mismo) sino ipseidad (por lo mismo).<sup>11</sup> Entonces, lo que permanece en el tiempo no es siempre uno y el mismo predicado que nos define como sujetos, sino una auto-diferenciación que se afirma cada vez que reconozco al otro, lo que lleva a Heidegger<sup>12</sup> a distinguir la individualidad/yo de la individualidad/sí, guardando esta última el sentido fuerte de sujeto, de subjetividad.

Según Heidegger, el yo se refiere a lo óntico, al ente, al existencial, mientras que el sí hace referencia a lo ontológico, al ser, a lo existencial. Según este filósofo, estaremos verdaderamente hablando de sujeto cuando nos referimos a esa identidad-sí, al Yo que es “cada vez mío”.

## **El problema de la identidad en la construcción de las acciones de salud**

En años recientes, podemos observar en el campo de la salud la emergencia de una serie de categorías para el diseño de estudios e intervenciones en salud basados en diferentes identidades subjetivas: mujeres, adolescentes, añosos, negros, indios, trabajadores, gays, etc. De hecho, esa tendencia representa un saludable avance en relación con las propuestas universalizadas y masificantes de un sanitarismo más tradicional, basado en la verticalidad de categorías nosológicas —las epidemias y endemias—. Apoyar las intervenciones en identidades ligadas al ejercicio/construcción de la subjetividad, en lugar de apoyarlas en enfermedades, ha representado uno de los grandes avances de las prácticas de la salud pública del final del siglo pasado. Esa mudanza significó también diseñar nuevas y más ricas propuestas de intervención, en función de diversas ocasiones y escenarios de encuentro con los grupos beneficiarios de acciones. Además, y muy especialmente, significó aperturas, aunque no voluntarias, a la emergencia de necesidades que difícilmente encontrarían canales de expresión en los ambientes médicos tradicionales.

El reconocimiento de otras identidades que no sean las de paciente, portador o grupo de riesgo para alguna patología, como son la pertenencia a determinados grupos étnicos, culturales, comunitarios, etc., abre posibilidades de escapar de la camisa de fuerza constituida por la clasificación bipolar entre lo normal y lo patológico. En el espacio de las identidades socialmente construidas existen mejores chances para que los juicios sobre lo deseable y lo indeseable para la salud escapen de ese modelo bipolar. Partir de las cuestiones socio-identitarias puede llevar a la superación de criterios únicos para escoger normativamente, tal como la funcionalidad orgánica o la prevención de riesgos. Trabajar

con una cultura, sea una identidad de orientación sexual, como ser gay, o un recorte de género, como ser mujer, puede colaborar para retirar de las tecnociencias las prerrogativas de enunciar lo que es deseable para aquel grupo específico. Las dimensiones ética, política y, especialmente, estética ganan aquí, muchas veces, un estatuto comparable, cuando no superior, a las positividadades tecnocientíficas en la selección de direcciones y caminos para el buen vivir.

Ahora bien, escapar de las alternativas bipolares, construir criterios plurales, abiertos y consensuales y enriquecer estética, ética y políticamente los juicios normativos es mucho de lo que se puede desear, cuando se persigue un sentido más democrático y creativo para nuestras intervenciones en salud pública. Podemos suponer que esos son los valores que instruyen el modo como percibimos que debe avanzar ese campo. Con todo, es preciso que nos detengamos con una cierta cautela delante de esos avances. ¿Hacia dónde nos están llevando? ¿En qué medida los potenciales ofrecidos por los cambios observados pueden efectivamente avanzar en las direcciones indicadas más arriba?

El punto que queremos sustentar aquí es que los interesantes potenciales indicados no se actualizarán si no se enfrenta un desafío fundamental: el examen crítico de las propias categorías socio-identitarias construidas, la reflexión sobre hasta dónde puede ser universalizada la condición de la que se quiere dar cuenta como la identidad trabajada.

Algunas de esas categorías son demasiado universales y positivas, en el modo en que fueron construidas, y lo que estaba dirigido para el enriquecimiento y pluralidad se acaba transformando en una camisa de fuerza de las categorías socio-sanitarias. Es preciso reconocer que las categorías con pretensiones de validez universal no son construidas al acaso. Su efectividad histórica está en relación directa con algún tipo de eficacia práctica, que la tornó teóricamente tan importante. No es preciso negar su realidad, sin embargo es importante resistir la perpetuación de sus límites.

Lo que nos debemos preguntar, entonces, es hasta dónde, y de que modo, nos interesan los conceptos con el grado de universalidad que se pretende adoptar. Esto significa que toda y cualquier categoría identitaria para la intervención en salud debe ser comprendida bajo la óptica de un “textualismo fuerte”, en un sentido casi rortiano.<sup>13</sup> Esto es, debe reverse, en cada situación de investigación e intervención, cuánto y de qué modo los criterios que están en la base de la categoría en cuestión son todavía relevantes y apropiados para aprehender e intervenir sobre los procesos particulares vividos, en un momento dado, por los sujetos con los que se quiere trabajar.

Ese textualismo fuerte, si se constituye en el antídoto necesario para acciones de salud masificantes y tecnicistas, puede traer, a su vez, otro problema potencial: el riesgo de un relativismo absoluto, en que patrones éticos de determinados grupos, por ejemplo, quedarían fuera del alcance de cualquier propuesta de transformación. Es solo en el sentido de evitar la parálisis impuesta por un relativismo de esa naturaleza que insistimos sobre la ventaja de pretensiones de universalidad de ciertas categorías conceptuales, ya que estas

permiten construir identidades entre individuos y contextos diversos, permitiendo a su vez una base común para el diálogo y para compartir experiencias y valores.

Para colocarnos, entonces, a una justa distancia entre un universalismo esencialista y un contextualismo paralizante juzgamos importante distinguir —conforme sugiere Ricoeur—<sup>14</sup> la *identidad-idem* de la *identidad-ipse*, la primera entendida como “mismidad”, permanencia inmutable e invariante, y la segunda como identidad reflexiva y construida continuamente en relación con la alteridad.

Tratar las identidades como “ipseidades” significará, así, explicar clara y positivamente el horizonte normativo que nos orienta cuando usamos esas categorías, por intermedio de los aspectos contextuales que ponemos en escena. Significará, al mismo tiempo, lanzar mano de elementos a partir de los cuales los diversos sujetos involucrados —técnicos, científicos y grupos poblacionales— puedan tener un suelo común donde los diversos sentidos normativos de los discursos sobre la salud puedan ser libre y ampliamente aprehendidos, discutidos, validados.

Ciertamente un tal giro en la concepción de identidad implica llevar a cabo revisiones importantes sobre el modo como comprendemos y estructuramos las intervenciones en salud pública. Implicará rever los sentidos de los saberes científicos y de la técnica en el ámbito de nuestras prácticas. Es lo que intentaremos examinar enseguida.

## **Lo técnico y lo no técnico en las prácticas de salud**

La alegoría kantiana, anteriormente citada, quizás nos ayude a reconstruir nuestra idea de sujeto con base en la mencionada ipseidad que intenta guiar nuestras construcciones identitarias. En ella encontraremos tres elementos que nos guían en esa dirección: el aspecto relacional, el aspecto existencial y el aspecto pragmático.

El aspecto relacional se encuentra expresado en la *indisociabilidad del aire y del ala para la idea de vacío*. Nada aparentemente más antagónico que vacío y resistencia, y es, sin embargo, de la experiencia de la segunda que se proyecta la idea de la primera. Es de esa vivencia sustantivamente relacional —resistencia es siempre de algo a algo, del aire y del ala del pájaro, en este caso— que nace el predicado “vacío”, que crea identidades simultáneamente para el ser volador, que es la paloma, y su mundo de lleneces vividas y vacíos soñados.

Ese aspecto relacional remite, a su vez, a un segundo, el aspecto *existencial*. El carácter existencial de la construcción de identidades puede encontrarse en el hecho de que la experiencia de la resistencia solo relaciona el “ser paloma” con su condición volante y su mundo de resistencias y vacíos porque, de acuerdo con la alegoría, la paloma puede imaginar que vuela en el vacío. Es porque ella es un ser, no un ente,<sup>15</sup> por lo que surge un sujeto y su mundo. Es porque proyecta, porque desea, y cuando desea, que el acontecer de



la resistencia contra sus alas lleva a la paloma a concebir y construir pájaros, alas, vuelos y espesuras en el espacio.

Por último está el *aspecto pragmático* y es que la posibilidad de la paloma de imaginar el vacío tiene un origen muy bien definido en la alegoría en el *acto de volar*. De hecho, no es sino en el acto de volar que la paloma puede imaginar el vacío. Nótese que a partir de este acto, en el sentido “existenciario”, que se plasma el vuelo como acto “existencial”,<sup>16</sup> esto es, la paloma se hace paloma, se entiende como paloma, en el exacto momento en que construye una idea de *logro* para su vuelo, el se encuentra más allá, en la virtualidad de un espacio sin resistencia. Es al tratar de vencer la resistencia del aire como ella efectivamente vuela, y permanece paloma en la diversidad de los escenarios en que permanece volando. En el sentido existenciario, el vacío sería su imposibilidad misma de ser pájaro; de nada le servirían sus alas en el vacío, mas en sentido existencial, cuando mantiene en acto la posibilidad de vencer la resistencia del aire es cuando la paloma sigue volando, cuando sigue siendo pájaro.

Nótese que el “logro” de volar en el vacío designa una idea reguladora, un móvil moral, distinguiéndose en eso de la idea de éxito técnico, de alcance de fines determinados con base en ciertos medios preestablecidos. Cuando Kant se refiere al supuesto logro de volar en el vacío está apuntando hacia un hecho que trasciende la pura “objetualidad”. En verdad, el saber dirigido al éxito técnico construye objetos, pero el saber dirigido al logro existencial es el que construye sujetos.<sup>17</sup> Este aspecto es muy importante para la comprensión del giro filosófico aquí defendido. Subsumir la idea de éxito técnico, o de *producción* de artefactos, en la de *logro* existencial es parte fundamental de ese giro. De nuestra hermenéutica de la alegoría del vuelo de la paloma podemos extraer, por tanto, tres conclusiones básicas:

- Subjetividad no es mismidad, es ipseidad, es siempre relación, es intersubjetividad.
- El sentido existencial de esa relación se configura como un encuentro deseante con la circunstancia —el acto de colocarse delante del Otro es proyectar composibilidades para ambos y su mundo compartido.
- Lo que mueve el encuentro deseante de los sujetos y su mundo no se traduce de modo restringido al éxito técnico, mas se refiere a un logro, a una situación que se traduce por felicidad, lo que abarca también, y especialmente, dimensiones éticas y estéticas.

De la arquitectónica conceptual podemos ahora aventurarnos a campos de práctica más concretos donde nosotros, humanos, nos *reconocemos* en cuanto sujetos. Mas revisemos una vez más la rica alegoría de la paloma. Entre nosotros, humanos, ¿qué es lo que corresponde al aire, de cuya resistencia emana la experiencia del sí, del mundo y del proyectar, en la metáfora? Esa parece ser una experiencia fundamental, que nos podría conducir de las alturas abstractas del vuelo de la paloma a la iluminación de nuestras prácticas de salud pública. Esto porque el aire es el elemento central de la experiencia que liga entre sí lo relacional, lo existencial y lo pragmático en la alegoría de la paloma. En el

caso de seres humanos, ¿cuál es la experiencia que pone a cada uno en contacto con el otro, llevándolo a reconocerse a sí mismo cada vez y siempre?

Es posible que haya muchas respuestas para esa pregunta, mas no parece quedar mucha duda de que uno de los más poderosos medios de ese mutuo engendramiento de sujetos y mundo es el *lenguaje*. En el lenguaje se encuentra la “resistencia” fundamental que nos pone en presencia del Otro. Heidegger<sup>18</sup> ya dijo que el lenguaje es la morada del ser. Gadamer<sup>19</sup> completó: el ser que puede ser comprendido (léase comprenderse) es lenguaje.

Ahora, así como el aire no gana existencia como mundo hasta cuando es experimentado por la paloma en cuanto resistencia a su vuelo, también el lenguaje solo existe como tal *en acto*.<sup>20</sup> ¿Y qué es ese acto, creador de sujetos y de sus mundos en y por el lenguaje, que nos hace experimentar lo que somos en el encuentro con lo que no somos, sino *diálogo*? Podemos, entonces, afirmar que los *sujetos son diálogos*.

Ese modo de ver la cuestión nos lleva a rever con profunda inconformidad la actitud tan difundida entre nosotros, profesionales de la salud, en la búsqueda de *establecer* un diálogo con los individuos o poblaciones a favor de los cuales queremos disponer nuestros talentos y competencias profesionales. Disconformidad porque, si analizáramos con cuidado, vamos a verificar que cuando pensamos en “establecer” un diálogo ignoramos el diálogo en el cual ya estamos, inmediatamente, inmersos. No se trata apenas de una cuestión formal de lenguaje, mas de una experiencia concreta que reiteramos con poca densidad de crítica: el hecho de que no tomamos en consideración el universo de resistencias que, al mismo tiempo, nos opone y aproxima a ese otro al que llamamos, de modo tan revelador, de nuestra población-objeto. Es como si hubiese un vacío entre el sujeto-profesional de salud y el sujeto-población. Es como si cada sujeto saliese, de repente, de su nicho individual, de su mismidad, ubicado en una arena neutral, existente desde siempre, desde antes de nosotros, para encontrar y buscar la salud.

Así, nuestra limitada capacidad de alcanzar el ansiado ideal de que las personas se tornen en “sujetos de su propia salud” es siempre interpretada por la pobre versión de un “fracaso”. Fracaso nuestro en comunicar, o de las personas en comprender y adherirse a nuestras propuestas. Y la versión del fracaso nos mantiene inmovilizados, o casi inmovilizados. En la mejor de las hipótesis repetimos, con alguna cosmética remodeladora, las viejas estrategias “movilizadoras”. En la peor de ellas simplemente desistimos. Lo que dejamos de hacer es lidiar positivamente con la alteridad revelada en el desencuentro; dejamos de poner en cuestión la razón por la cual el grande e imperceptible diálogo que ya veníamos manteniendo torna tan inoperante ese pequeño diálogo particular que quisimos desarrollar, la razón por la cual ese pequeño diálogo es tan “ineficaz”.

¿Qué ocurriría si cambiásemos de perspectiva? Supongamos que lo que tiene importancia para nuestras aspiraciones médico-sanitarias es la intersubjetividad con que experimentamos ese campo de prácticas. Ese giro exigiría de nosotros, sin duda, un esfuerzo nada pequeño de reconstrucción. La obra de Habermas, uno de los más importantes teóricos de esa constitución dialógica de las subjetividades, podrá quizás ayudarnos en esta tarea. Tómense, por ejemplo, los tres planos fundamentales por medio de

los cuales, según este autor, se realizan y validan los procesos dialógicos en general, como son el de la corrección normativa, el de la verdad proposicional y el de la autenticidad expresiva.<sup>21</sup>

Según Habermas, el éxito de un discurso en realizar diálogo efectivo se apoya en tres niveles de validación intersubjetiva: a) en la aceptación, por parte del interlocutor, de que el proyecto de mundo y de vida que orienta ese discurso (o lo que hemos reconocido como encuentro deseante de las circunstancias) es correcto desde un punto de vista ético, moral, político; b) en la proposición de enunciados aceptables intersubjetivamente como expresión de la realidad, esto es, de que se trata de hechos que son tomados como verdaderos por ambas partes; y c) en su capacidad de expresar auténticamente la perspectiva subjetiva de aquel que profiere el discurso. No será difícil verificar las razones del problema al que nos referimos más arriba. Basta comenzar por el plano de validación normativa de esos discursos.

El sentido de corrección que dirige nuestros discursos está fundamentalmente relacionado con la utopía del conocimiento/control de las enfermedades. Habría que preguntarse: ¿es posible imaginar el compartir aquel horizonte normativo entre nosotros, profesionales, y la población-objeto? ¿Existe, efectivamente, un horizonte normativo común cuando nos dirigimos a las personas orientados por esa perspectiva de control? ¿Ese control puede realmente mover a esos sujetos en sus “encuentros deseantes” con su mundo?

Claro que no se debe disminuir en nada la importancia del control de las enfermedades, ya sea de síntomas, de patogénesis, de infección o de epidemias. Mas, debe ser revisada su exclusividad como criterio normativo de logro de las prácticas de la salud. Ya se dijo que la dimensión pragmática de la constitución de (inter)subjetividades está caracterizada por hacerse siempre acompañar por el móvil de un logro práctico. Ahora, si examinamos con atención el logro por el cual nosotros, profesionales de la salud pública, independiente de lo que percibimos y de lo que deseamos, hemos orientado nuestras prácticas, veremos que aquel se confunde flagrantemente con el éxito técnico.<sup>22</sup> Pero éxito técnico y logro práctico no son eventos intercambiables; se originan y se destinan a esferas relativamente distintas de la experiencia, como ya se indicó. El éxito técnico se refiere, sin duda, a un logro pero relacionado con un “cómo” hacer. No hace parte de sus posibilidades definir los “qué hacer” — por eso que es mucho más fácil definir la prevención de daños que la promoción de salud.

Nosotros, efectivamente, no nos hemos preguntado, cuando dialogamos sobre la salud, sobre lo que sueñan las personas (nosotros mismos) para la vida, para el buen vivir, para la salud. Al fin y al cabo, ¿cuál es nuestro “vacío” soñado, cuando nos hallamos lidiando con cada uno de los diferentes obstáculos que encontramos en nuestro camino hacia la salud? Sin dedicarnos consecuentemente a esta reflexión, nos vemos condenados a la negatividad de la enfermedad para definir la salud y al conocimiento de sus regularidades para saber como controlarlas.

Examinemos, en ese sentido, el ejemplo del concepto epidemiológico de riesgo. El concepto de riesgo emergió en la mitad del siglo como uno de los más influyentes discursos en los diálogos contemporáneos de la salud.<sup>23</sup> Alcanzó esa posición privilegiada en función a su impresionante éxito en tres tareas simultáneas. En primer lugar, permitió extender el significado de la enfermedad más allá de los límites del cuerpo. Un factor ambiental cualquiera, por su asociación probabilística con una cierta agresión a la salud, ya puede ser visto como un daño, aun antes mismo de materializarse en el cuerpo. Más que eso, y esto es lo fundamental, hizo retomar sus propuestas de intervención al plano de la individualidad del cuerpo, pues es en relación con fenómenos relacionados con el individuo que el factor ambiental tiene su carácter de riesgo establecido. Es sobre el balance individual de esas asociaciones donde recaerá predominantemente la gestión del riesgo.

En segundo lugar, el concepto de riesgo fue capaz de realizar esa extensión ambiental de raciocinio patogénico a través de un riguroso manoseo de regularidades, trabajando productivamente con un tipo determinado y relevante de “saber cómo”: siempre que... entonces...; en la proporción de  $x$  se encuentra  $y$ . Además de que ese tipo de inferencias posibilitan un riguroso control científico, responden muy bien a las necesidades de producción preñadas de tecnología para la intervención.

Por fin, el abordaje del riesgo retraduce continuamente la interpretación de sus límites como necesidad de un “saber cómo” aún más riguroso, esto es, haciendo coincidir toda idea de logro práctico con una infinita búsqueda de control técnico. Si lo que se sabe sobre una asociación de riesgo es poco, o lo que se sabe no permite intervenciones muy eficaces, se parte para el control, una vez más nomológico, de la incerteza, o para el control técnico de los factores que se asocian regularmente al mal resultado. Siempre el argumento sobre el *cómo* hacer pesa más sobre el *qué* hacer.

Pero desde fuera de la epidemiología surgen, periódicamente, cuestionamientos sobre el sentido de sus constructos. Los límites implícitos en la supeditación del concepto de logro práctico a las dimensiones eminentemente técnicas se han experimentado recientemente, por ejemplo, con la eclosión de la epidemia de HIV. Por circunstancias relacionadas con la propia epidemia, se tornó visible hasta dónde podían llegar los éxitos técnicos de las estrategias de conocimiento/intervención apoyadas en el concepto de riesgo y donde comenzaban las exigencias de logro práctico que se escapaban de sus dominios. El sida demostró en la práctica el hecho de que el control de una epidemia constituye para los sujetos afectados o afectables por este fenómeno un horizonte normativo muy poco claro y más cercano del proyecto de felicidad asociado, por ejemplo, a vivencias de sexualidad.

Es en este contexto donde el concepto de vulnerabilidad, por ejemplo, oriundo del campo de los derechos humanos, se integra al campo de la salud.<sup>24</sup> Este concepto constituye una forma de ampliar los horizontes normativos de ese campo más allá de la eficacia técnica. La idea de logro práctico se orienta para un nítido cambio de los horizontes normativos, buscando la subsunción del ideal de control de la enfermedad hacia el de reconocimiento y respeto a las necesidades fundamentales del ser humano.<sup>25</sup>

En otro texto, trabajamos las características y potencialidades de esa proposición para el campo de la salud.<sup>26</sup> En el presente trabajo no nos interesa examinar específicamente el concepto de vulnerabilidad, mas resaltar que la perspectiva que su discusión abrió en la dirección de los derechos humanos puede conducir al enriquecimiento de la noción de logro práctico en el campo de saberes y prácticas de la salud pública.

Pensamos que la indagación de las relaciones entre salud pública y derechos humanos en la investigación e intervención relacionada con la salud poblacional es una tarea fundamental, porque puede conducir a la ampliación de los horizontes de comprensión de nuestras teorías y de nuestros modelos de intervención. Más allá de incorporar un conjunto de conocimientos y prácticas de carácter humanístico a los repertorios de la salud, los derechos humanos pueden dar visibilidad a la vulnerabilidad de ciertas poblaciones a las agresiones a la salud y/o violaciones de derechos no reconocibles con los instrumentos conceptuales propios de la tradición médico-sanitaria. Es importante indicar que este cambio normativo tiene todavía que madurar para que su validación intersubjetiva alcance una dimensión tal que la transforme en una referencia positiva para el campo de la salud —como, también ocurre con las propuestas más ambiciosas del programa de salud de la familia, la promoción de la salud, vigilancia a la salud, etc—. Tal proceso de construcción de validez también dependerá, por otro lado, de cambios en las demás esferas de validación del discurso sanitario. La necesidad de limitarnos al objeto del presente ensayo nos impide explorar este asunto más ampliamente y tan solo se llama la atención hacia el hecho de que el registro de dicho cambio implica, necesariamente, rever también el cientificismo que domina sus regímenes de validez proposicional.

En efecto, si tratamos de subsumir el control de las enfermedades en concepciones de logro que no se dejan traducir únicamente a tareas técnicas, si la felicidad contenida en nuestras intervenciones en salud nos obliga a dialogar con intereses de naturaleza estética, emocional, moral, etc., entonces los constructos científicos no serán suficientes. Claro que no se trata de abolir la ciencia del ámbito de validación de las prácticas médico-sanitarias, mas de rescatar la dignidad de otros tipos de sabiduría en la construcción de las verdades útiles para la construcción de la salud; desde los conocimientos académicos no-nomológicos, como la filosofía, el derecho y demás ramas de las ciencias humanas, hasta las diversas sabidurías prácticas transmitidas secularmente por las diversas tradiciones culturales.

Siguiendo el mismo raciocinio, no podemos imaginar que los códigos con los cuales experimentamos y construimos intersubjetivamente nuestras identidades puedan permanecer fuera de cuestión. Si queremos enriquecer el diálogo, es preciso cuidar que su materia prima acompañe esa ambición, es preciso reflexionar sobre nuestro lenguaje. En este sentido, uno de los mayores desafíos que se nos antepone como partícipes del diálogo sanitario, consiste en superar las barreras lingüísticas que interpone la jerga técnica a una auténtica interacción entre profesionales y población. Boaventura Santos<sup>27</sup> ya nos llamaba la atención sobre la necesidad de ese movimiento de construcción de los puentes lingüísticos entre el mundo de la tecnociencia y el sentido común.

En el campo de la salud, especialmente, esto es urgente. Sin esos puentes lingüísticos no se podrá compartir horizontes normativos entre los técnicos y el público. Ese desencuentro es siempre fuente de restricciones en el diálogo, en cualquier campo, mas en algunos esta restricción puede ser intolerable. Ante un aparato de televisión en funcionamiento, para dar un ejemplo caricaturesco, es mínimo el interés en fundir los horizontes normativos de los tecnocientistas de la electrónica y los de los telespectadores. Cuando, sin embargo, se trata de prescribir comportamientos, formas de vida, intervenciones sobre el cuerpo o la mente de las personas, ciertamente ya no se puede decir lo mismo.

## **El cuidado y el compartir de horizontes en la construcción de la salud**

Para finalizar esta reflexión, cabe una última palabra sobre el carácter de la intervención misma en salud. En la perspectiva de aperturas lingüísticas, pluralidad de saberes válidos y normatividades de naturaleza no tecnicista, queda evidente que es preciso enriquecer también la concepción de intervención que establece y justifica los diálogos que trabajamos en el campo de la salud. Curar, tratar, controlar constituyen posturas limitadas. Todas estas prácticas suponen, en el fondo, una relación estática, individualizada e individualizante, objetificadora, en fin, de los sujetos de nuestras intervenciones. Cuando esos dos sujetos, — el sujeto profesional(es) de salud y el sujeto persona(s)— centro de las acciones de salud, se constituyen uno ante el otro, naturalmente un proceso de objetivación y “objetificación” ocurre. Existe una técnica que justifica y establece la presencia del uno ante el otro. Mas, si todo lo que decíamos anteriormente fuera verdadero, entonces esa presencia, para que justifique la utilidad de esa técnica particular, cobrará elementos que van a exigir de ella mucho más que la producción y la manipulación de objetos.<sup>28, 29</sup>

Por eso, *cuidar*, en el sentido de un “*tratar que sea*”, esto es, una interacción que pasa por las competencias y tareas técnicas, pero que no se restringe a ellas, encarna más ricamente que tratar, curar o controlar aquello que debe ser, por excelencia, la vocación de las prácticas de salud pública. En ese sentido, la alegoría de Kant nos envía a la de Heidegger. La paloma nos lleva en sus alas a la alegoría de Cuidado: Heidegger, en su clásico *El ser y el tiempo*, utiliza una antigua alegoría de Higino sobre el cuidado como metáfora para la fundamentación de su ontología existencial. Esa alegoría también nos sirve perfectamente para elucidar lo que queremos decir cuando distinguimos cuidar de tratar, curar o controlar. Veamos lo que dice la alegoría:

*Una vez llegó Cuidado a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había hecho, se acerca Júpiter. Cuidado le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cuidado poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cuidado y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra (Tellus) y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado*

*para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: “Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cuidado quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cuidado. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame “homo”, puesto que está hecho de humus (tierra).*<sup>30</sup> N. del T.

Nótese que la voluntad de logro se revela en la alegoría de Higinio como la substancia misma de las identidades. Cuidar es querer, es hacer proyectos, es modelar la arcilla. *Querer es el atributo y el acto de ser.* Cuidar es sustentar en el tiempo, contra y a partir de la resistencia de la materia, la forma humana de ser. Pero también es soplar el espíritu, esto es, ver que esa forma no sea pura materia suspendida en el tiempo (mismidad), sino un ser que permanentemente trata de ser, un ente “que se quiere” (ipseidad).

Si llevamos la idea de cuidado al plano más concreto de las prácticas de salud, vemos como permanece intacto su contenido fundamental, su significado más relevante. Cuidar de la salud de alguien, o de algunas personas, es más que construir un objeto e intervenir sobre el mismo. Para cuidar se debe considerar y construir proyectos; se ha de sustentar, a lo largo del tiempo, una cierta relación entre la materia y el espíritu, el cuerpo y la mente, modelados a partir de una forma que el sujeto quiere oponer la disolución, inerte y amorfa, de su presencia en el mundo. Entonces es forzoso saber cuál es el proyecto de felicidad que está allí en cuestión, en el acto asistencial mediato o inmediato. La actitud de cuidar no puede ser apenas la aplicación de tecnología, por más rigurosas que sean sus bases científicas.

En el *Vocabulario técnico y crítico de la filosofía*, de Lalande,<sup>31</sup> la tecnología es el término que, por metonimia, viene frecuentemente a sustituir el término técnica, el cual designa el “conjunto de procedimientos bien definidos y transmisibles, destinados a producir ciertos resultados considerados útiles. Son tradiciones que se legan de generación en generación, por la enseñanza individual, por el aprendizaje, por la transmisión oral de los secretos del oficio y de los procesos”.<sup>32</sup> Hay dos sentidos más para técnica en Lalande, ambos apoyados en ese núcleo significativo básico de un conjunto de procedimientos universales dirigidos a finalidades específicas, transmitidas por medio del aprendizaje.

---

N. del T.: José Ricardo Ayres utiliza una versión de *Ser e tempo* de 1995, publicada por la editorial Voces, en Petrópolis, Brasil pero para la presente traducción se utilizó la versión en idioma español de 1997 publicada por Fondo de Cultura Económica y traducida por José Gaos. Esta versión no habla de “Cuidado” sino de “Cura”. Para mantener coherencia con el pensamiento de Ayres se respetó el nombre “Cuidado” adoptado por la traducción portuguesa y por Ayres, mientras que para el resto de la cita se utilizó íntegramente la versión de Gaos.

Ahora bien, la idea de “procedimientos bien definidos” y “destinados a producir ciertos resultados” ya implica un cierto “encierro” de medios y fines, contrario a la idea de expansión normativa y dialógica de los sentidos de las prácticas de salud. ¿Será posible preservar el sentido fuerte de diálogo cuando se habla del uso de “procedimientos bien definidos” dirigidos a “ciertos resultados”? Ciertamente que no. Tales procedimientos consisten en un saber hacer, que trata cada caso particular como expresión circunstanciada de determinadas relaciones medio-fin, universalmente establecidas y transmitidas. Inspirados en el análisis crítico de Gadamer<sup>33</sup> sobre la “objetificación” del hecho humano por la tecnociencia, tendemos a hallar que aquí se trata de una cuestión bastante próxima. La intersubjetividad viva del momento asistencial puede permitir escapar a una objetivación “desubjetivadora” en la medida exacta en que allí se lleve a cabo un intercambio, un espacio relacional, que *extrapole lo tecnológico*, que se realice a través de él pero que no se subordine al mismo.

La tecnología establece la posibilidad del diálogo a partir y en torno a lo universal, mas es esa propia dimensión dialógica la que establece los límites. La copresencia “carnal” de un asistente y de un asistido pone inexorablemente en escena un tipo de saber que se distingue de la universalidad de la técnica y de la ciencia, como también se diferencia del libre ejercicio de subjetividad creadora de un productor de artefactos. No se trata, por lo tanto, de la *theoría* ni de la *poiesis*, mas de la *praxis* o actividad práctica.

Se trata de ese otro tipo de saber cuando percibimos la posibilidad de diálogo efectivo, en plena presencia del otro en el acto asistencial. Trátase de la *phronesis*, o sabiduría práctica, que no crea objetos, mas *realiza sujetos frente a los objetos creados en y para su mundo*.

Formulado en los moldes de una sabiduría práctica, el rescate del potencial subjetivador del acto asistencial se traduce justamente como una “desmitificación” de la autorregulación tecnológica. Se supone que la salud no es solamente objeto, sino que, en la propia condición de objeto, *un modo de “ser-en-el-mundo”*. En cuanto tal, el utilizar o no ciertas tecnología, desarrollar o no nuevas tecnología, pasa a entenderse como una decisión entre otras, que no genera necesariamente procedimientos sistemáticos y transmisibles, mas es, aún así, y por eso mismo, ejercicio fundamental de autonomía humana. No crea universales, porque solo cabe en el momento mismo en que se toma la decisión, agotando allí su sentido.

Revalorizar la dignidad de la sabiduría práctica consiste en reubicar el “quehacer” implicado en esa transición del tratar al cuidar. Difícil tarea, porque hemos “atrofiado” el ejercicio de esa sabiduría, presos a un racionalismo estrictamente instrumental. Difícil, también, porque es frecuente que interpretemos el reconocimiento y la valoración pública del ejercicio de la *phronesis* como oscurantismo, reacción conservadora ante el desarrollo tecnológico o aún como pura nostalgia humana. Pero es fundamental que en esa perspectiva entendamos el lugar privilegiado del cuidado en las prácticas de salud: actitud y espacio de reconstrucción de intersubjetividades, de ejercicio abierto de construcción compartida de proyectos para la salud, apoyada en la tecnología, mas sin dejar reducirse a ella. Más que una acción teleológica, una ecuación medio-fin, el significado y la finalidad



de la intervención pasan a apoyarse no tanto en el estado de salud definido de antemano, ni solamente en las formas como se busca alcanzarlo, mas sí en la experiencia que une el contenido de la primera al movimiento de la segunda. El cuidado es esa actividad realizadora en la cual el camino y la llegada se engendran mutuamente. Abrir espacios para la reflexión y la negociación sobre medios y fines de la asistencia a la salud sin determinar de modo universal y *a priori* dónde y cómo llegar con la asistencia es un norte político, es una tarea práctica de las más difíciles, aunque de las más satisfactorias cuando se tiene la emancipación humana como un horizonte ético.

La actitud “cuidadora” requiere expandirse para la totalidad de las reflexiones e intervenciones en el campo de la salud. ¿Cómo aparece ahí, en aquel encuentro de sujetos, en y por el acto de cuidar, los proyectos de felicidad, de logro práctico, de quien quiere ser cuidado? ¿Qué papel hemos desempeñado nosotros, los que queremos ser cuidadores, en las posibilidades de concebir esa felicidad? ¿Qué lugar podemos ocupar en la construcción de esos proyectos de felicidad que estamos ayudando a concebir?

Son diversos, interconectados y complejos los giros anotados aquí: de sujeto para intersubjetividad; de mismidad para ipseidad; de control técnico para logro práctico; de tratar para cuidar. La gran tarea, una vez compartida la necesidad de esos giros, es saber cómo hacerlos en nuestro accionar cotidiano. Puede aparecer demasiado ambiciosa la tarea, excesivamente amplia y complicada. Es verdad. Pero, al respecto, existe un elemento más en la alegoría de la paloma que de ninguna manera deberíamos dejar de lado. Se trata de un aspecto más estético que lógico. Es la libertad de volar. Es el “libre vuelo de la frágil paloma” que nos encanta y envuelve, por la maravillosa sensación que nos transmite al espíritu de potencia en la fragilidad, de ampliación de horizontes y de búsqueda de sueños. Dejémonos inspirar por esa imagen y busquemos nuestros proyectos de felicidad.

## **Agradecimiento**

Al doctor Edmundo Granda por la generosa y competente traducción de este artículo.

## **Referencias**

1. Lalande A. (ed.) . Vocabulário técnico e crítico da filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1993. p.1.090.
2. Ibid. p.1.090.
3. Ibid. p.1.089.
4. Ricoeur R. O si mesmo como um outro. Campina: Papyrus; 1991.
5. Habermas J. Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1990.
6. Rorty R. Contingencia, ironia e solidariedade. Lisboa: Presenca; 1994.
7. Gadamer H-G. Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca: Sígueme; 1996.

8. Stein E. Melancolia: ensaios sobre a finitude do pensamento ocidental. Porto Alegre: Movimento; 1976.
9. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
10. Ricoeur P. Op. cit
11. Ibid.
12. Heidegger M. Op. cit.
13. Berstein RJ. ¿Cuál es la diferencia que marca una diferencia? En: Berstein R.J. Perfiles filosóficos – ensayos a la manera pragmática. México D.F: Siglo Veintiuno; 1991. p. 72-110.
14. Ricoeur P. Op. cit.
15. Heidegger M. Op. cit.
16. Ibid.
17. Gadamer H-G. Op. cit.
18. Heidegger M. Op. cit.
19. Gadamer H-G. Op. cit.
20. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1988.
21. Ibid.
22. Ayres J. Epidemiologia e emancipação. Sao Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995.
23. Ayres J. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997.
24. Mann J. Y Tarantola D. (eds.). AIDS in the world II. New York: Oxford University Press; 1996.
25. Ayres J, Franca Júnior I, Calazans G, Saletti Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. En: Barbosa R., Parker R. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 1999. p. 49-72.
26. Franca Júnior I, Ayres J, Calzans G. Saúde Colectiva: um diálogo possível e necessário. Salvador: Anais VI Congresso Brasileiro de Saúde Colectiva; 2000.
27. Santos B. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
28. Schraiber L. No encontro da técnica como a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface – Comunicação, Saúde, Educação 1997; 1(1):123-40.
29. Ayres J. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interfase – Comunicação, Saúde, Educação 2000;6(1):117-20.
30. Heidegger M. Op. cit.
31. Lalande A. Op. cit.
32. Ibid., p. 1109.
33. Gadamer H-G. Op. cit.