

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB. Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



**De la historiografía descriptiva de la medicina,
a la historia crítica de la salud colectiva
Hacia un paradigma crítico basado
en la determinación social de la salud**

Jaime Breilh

2013

Ponencia presentada en: Encuentro de la Red Latinoamericana de Historiadores de la Salud, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito, marzo 21 de 2013.

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR – ÁREA DE SALUD
TALLER DE HISTORIA DE LA SALUD

*ENCUENTRO DE LA RED LATINOAMERICANA DE HISTORIADORES DE LA
SALUD (22 – 03 – 2013)*

DE LA HISTORIOGRAFÍA DESCRIPTIVA DE LA MEDICINA, A LA HISTORIA
CRÍTICA DE LA SALUD COLECTIVA¹

(Hacia un paradigma crítico basado en la determinación social de la salud)

Jaime Breilh, Md. MSc. PhD.²

Resumen / *abstract* : Ante la necesidad de superar una historia subordinada al paradigma positivista, biomédico, se fundamenta y propone una metodología histórica basada en el paradigma de la determinación social de la salud, que la interpreta como un proceso complejo, en el que sus múltiples dimensiones se concatenan en cada momento histórico, interrelacionándose siempre los problemas objetivos de salud, con los modelos conceptuales –interpretativos- y las formas de práctica con sus relaciones de poder.

Palabras clave: *historia crítica de la salud, determinación social, paradigma crítico*

La urgencia de una historia crítica

En referencia al inicio de los años 70, el historiador Eric Hobsbawm lo describió como “una buena época para hacer historia” (Hobsbawm 1971).³ Aquel calificativo se podría aplicar a nuestro momento de desarrollo social y de salud en América Latina, pero no porque tengamos un escenario totalmente facilitador, pleno de actividad histórica, con revistas, eventos, redes, iniciativas docentes, etc., sino por que es una época en que soplan vientos de cambio y de avance del pensamiento, que nos exige llenar vacíos y apoyarnos en la historia para trabajar las bases de los hechos y las ideas en salud actuales de nuestra región, como herramienta para comprender mejor las raíces de las opciones emancipadoras de una práctica en salud, de una ciencia sanitaria que requieren enraizarse y la sed de un pensamiento crítico que necesita de una historia remozada y liberada del descriptivismo y culturalismo de la vieja historia.

El movimiento de la Medicina Social Latinoamericana consolidado en Ouro Preto desde 1985, ha cumplido desde entonces un ciclo fructífero que ha impulsado no sólo la lucha por los derechos de salud en la región, sino que ha ofrecido contribuciones

¹ Ponencia presentada en la sesión inaugural del encuentro de la Red Latinoamericana de Historiadores de la Salud en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 21 de marzo del 2013

² Jaime Breilh Paz y Miño; Director del Área de Salud de la UASB-SE; breilhjaime@gmail.com

³ Hobsbawm, Eric. 1971. “From Social History to the History of Society.” *Daedalus* 100 (1): 20–45.

importantes para la transformación del pensamiento científico sobre la salud y específicamente en el terreno de la epidemiología, una de cuyas ideas fuerza ha sido la propuesta de la *determinación social de la salud* como herramienta para repensar la salud como objeto, replantearse el arsenal de conceptos sobre la salud y contribuir a Renovar las nociones sobre la práctica sanitaria.⁴

Por eso debemos acoger con entusiasmo la afirmación de Geoff Eley, quien al conmemorar los 20 años del célebre texto de Eric Hobsbawm (“De la historia social a la historia de la sociedad”) en 1990, dijo que el hecho de que los historiadores sociales estuvieran debatiendo sobre la teoría y el método era una evidencia de vitalidad...y que evitando el giro de la historia social hacia la historia cultural debíamos refrescar los fundamentos teórico políticos de la investigación histórica (Eley 1990).⁵

En ese sentido es esclarecedor el argumento de Paul Hirst (Citado por Eley 1990):

“Si la historia no consiste meramente en la reivindicación de nuestras propias perspectivas sobre nosotros o en un recuento triunfalista de la modernidad, es por que algunos historiadores pueden reconocer que el pasado es diferente, no meramente una etapa anterior de nuestro relato, sino un medio para sacudirnos, e investigar aunque sea parcialmente, que es lo que somos”⁶

En los foros académicos de la historia efectivamente se expresa esta urgencia disciplinar, que nosotros deberíamos proyectar también hacia la renovación de la historia de la salud. Como lo aclara con agudeza el historiador ecuatoriano Juan Maiguashca, en uno de su más recientes ensayos sobre la historia del pensamiento (Maiguashca 2012), una expresión interesante de los nuevos derroteros de la historia latinoamericana ha sido la aparición del notable “Antimanual del Mal Historiador o Cómo hacer una buena historia crítica” (La Habana Juan Marinello, 2004) cuyo planteamiento central es que “la historia ha sido pobre y desconectada de la realidad”. Eso es precisamente lo que debemos evitar nos suceda en los espacios de la salud colectiva, un terreno promisorio del quehacer que esperamos se active y consolide

⁴ Breilh Jaime. 2013. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Bogotá: Conferencia en el “VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Contexto del Siglo XXI” (Universidad Nacional de Colombia).

⁵ Eley, Geoff. 1990. *Is all the World a Text? From Social History to the History of Society Two Decades Later*. Ann Harbor: Department of History, University of Michigan.

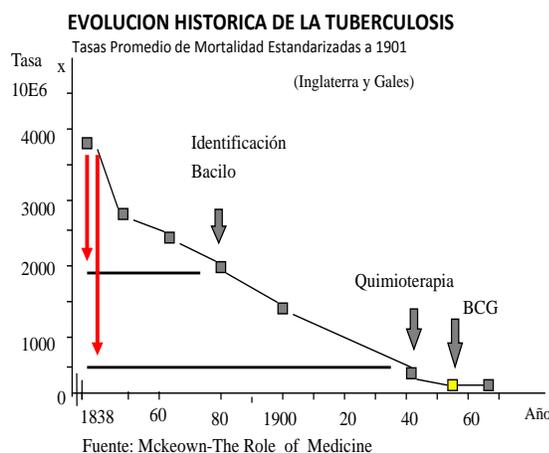
⁶ Paul Q. Hirst , "Anderson's Balance Sheet", en *Marxism and Historical Writing*, p. 28. Citado por Eley, Geoff. 1990. *Is all the World a Text? From Social History to the History of Society Two Decades Later*. Ann Harbor: Department of History, University of Michigan.

con la producción de nuestros talleres nacionales y la formación de la Red Latinoamericana de Historiadores de Salud.⁷

Preeminencia del enfoque biomédico-asistencialista en la construcción de la memoria

El pensamiento y la acción sobre la salud de los últimos siglos se han forjado y reproducido en el obsoleto marco de una visión de la salud como ausencia de enfermedad (trastornos biológico psicológicos) en individuos. A pesar de esfuerzos en el sentido contrario, por parte de algunos programas de docencia o de servicios por ampliar ese espectro, la fuerza material y cultural del mercado ha frenado o distorsionado en la mayoría de los casos dicha mirada integral, cerrándose el ciclo de buenas intenciones, en una retórica que no transforma la sustancia médico asistencial de la práctica hegemónica. La definición de la OMS de la salud como “completo bienestar físico, mental y social” por su carácter apenas perceptivo individuo-céntrico, no hace sino expresar esas buenas pero inútiles intenciones.

El problema no radica en una carencia terminológica o cultural, ni siquiera sólo ética, es el resultado de una mercantilización de la vida material y de práctica de la salud, que determina que pensemos la salud solamente en el marco de una relación de servicio médico-paciente, y ese modo de actuar termina subordinando las concepciones que se aplican, y por eso, cualquier esfuerzo en la esfera de unas ideas alternativas, si bien es importante, no puede por sí mismo provocar un cambio. El modelo bio-médico, guarda además una perfecta coherencia con el paradigma positivista, que fragmenta la salud, individualiza el problema y lo reduce a la enfermedad de las personas. Pero además, el hecho de que, bajo el paradigma médico sea absolutamente preeminente la noción de que la salud es un tema esencialmente bio-psicológico de personas, y que lo biológico tiene apenas una relación externa con lo social, desconoce de facto y en el pensamiento, la íntima y esencial relación que existe entre los fenómenos del fenotipo y del genotipo humano con las relaciones sociales en las que dichos dominios se encuentran subsumidas.



⁷ Maiguashca, Juan. 2012. “Latin American Marxist History. Rise, Fall and Resurrection.” *History of Historiography* 62: 105–120.

Estudios como los de MacKweon sobre la historia de las transmisibles (ver curva de la tuberculosis en Inglaterra y Gales -1838-1970-9, o de Tanner sobre la historia de los sistemas endócrinos nos muestran la necesidad de asumir un paradigma distinto al abordar la historia del objeto salud.

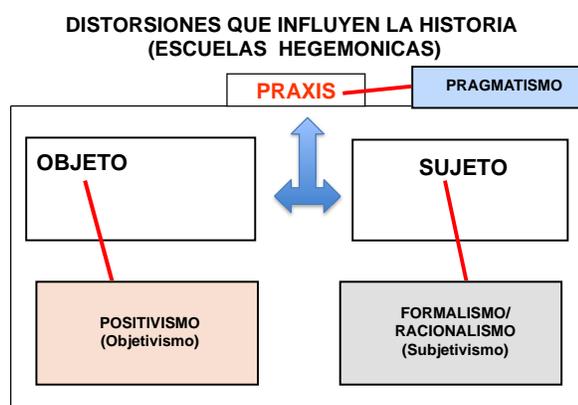
Paradigma biomédico: el empirismo causal como lógica

No cabe repetir aquí los argumentos que constan en una diversidad de ensayos teórico metodológicos publicados por la medicina social latinoamericana y que varios de nosotros hemos expuesto en una variedad de publicaciones. Ha quedado perfectamente explicado en dicha literatura que los paradigmas positivista (objetivismo) y racionalista (subjetivismo) han impedido construir una perspectiva integral y dinámica de la complejidad del proceso salud y, ahora diríamos, de la historia de la salud. En mi ensayo “Epidemiología Crítica” (Breilh 2003)⁸ expliqué de que modo la separación que dichos modelos interpretativos hacen entre la salud como *objeto*, la salud como *concepto* y la salud como *práctica*, no solo llevan a pensar y a historiar esos tres elementos separadamente, sino que llevan a una historiografía descriptiva e individual. El positivismo por que fragmenta la salud, convierte el conocimiento en un mero proceso de hechos reflejados por sujetos y asume el causalismo como lógica absoluta que explica todo en nuestro campo; el mundo tal como lo concibió Hume y como lo repiten los textos de salud pública hegemónica.

Desde esta perspectiva el trabajo histórico se reduce a:

- Historia de las causas y efectos
- Historia de los sujetos (personalidades individuales exclusivamente) y los “reflejos” que construyeron
- Historia de las prácticas e instituciones que actuaron sobre causas específicas y los fundadores que las crearon.

El racionalismo por su parte, radicaliza el problema al considerar el conocimiento como una construcción subjetiva efectuada por sujetos individuo armados de un sólido marco conceptual.



⁸ Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

El trabajo histórico desde esa perspectiva se enfoca en:

- Historia de las teorías
- Historia de los sujetos (personalidades individuales exclusivamente) que construyeron dichas teorías
- Historia de las prácticas e instituciones que actuaron con dichas teorías

Y así el modelo biomédico con sus variantes, sea apoyándose en el paradigma positivista o en el racionalista, no sólo ha hegemonizado los conceptos, las políticas y las prácticas de la salud, sino que ha influido en la construcción de las ciencias de la salud y entre ellas la historia especializada.

Por eso desde los 70s surge en América Latina una *corriente de pensamiento crítico* que se ha expandido notablemente en los espacios científicos y académicos de la región, con algunas expresiones también en los escenarios de la política y el debate cultural. En las revistas arbitradas y publicaciones científicas latinoamericanas se ha generado un cúmulo importante de publicaciones de esta línea, que han alcanzado incluso una proyección interesante en la literatura científica del Norte.

Un producto emblemático de estas contribuciones latinoamericanas a la ciencia mundial es la propuesta de la *epidemiología crítica* que no sólo ha dado un giro profundo a la interpretación del origen y dinámica de las condiciones de salud, sino que ha introducido la noción básica de la *determinación social de la salud*, que está contribuyendo a cambiar los enfoques del pensamiento lineal o unidimensional, sea el *biológico individual*, de la salud como ausencia de enfermedad, o sea el enfoque *psico-bio individual* de la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”, por un pensamiento complejo multidimensional social determinado.

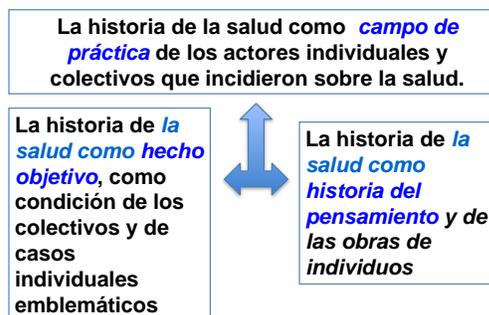
Ubicados en este marco de ruptura comenzamos a concebir la salud como un proceso complejo, multidimensional y sujeto a la determinación social. Desde ese ángulo se modifican tanto el objeto de la historia de la salud, como el marco interpretativo histórico correspondiente y las formas de acción.

Pensamiento crítico, determinación social e investigación histórica

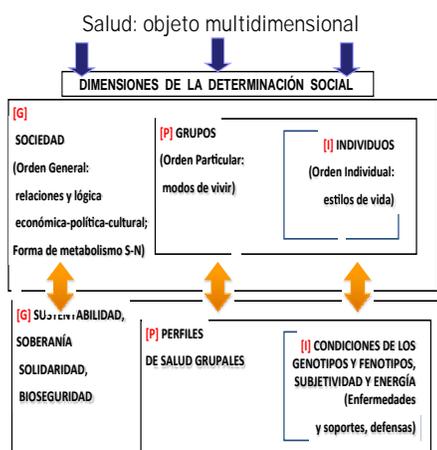
Desde esa perspectiva la historia de la salud se plantea desde una triple y complementaria perspectiva: a) La historia de la salud como *campo de práctica* de los actores individuales y colectivos que incidieron sobre la salud; b) La historia de *la salud como hecho objetivo*, como condición de los colectivos y de casos individuales emblemáticos; y c) La historia de *la salud como historia del pensamiento y de las obras de individuos* .

En cada uno de esos dominios del análisis aparece la importancia de la determinación social sea (a) condicionando el desarrollo de la práctica con su institucionalidad pública o privada, o como expresión del movimiento social o como la acción de individuos socialmente determinados. Aparece también el condicionamiento de la realidad en salud tanto de la población como de sus grupos. Y finalmente, aparece la determinación social del pensamiento y sus paradigmas.

Historia de la salud: triple y complementaria perspectiva



Tres dimensiones del análisis que no pueden comprenderse de manera absolutamente aislada sino interdependiente. Si lo aplicamos a problemas concretos podríamos explicar bien dicha interrelación.



modos de vivir de distintos grupos sociales, como los estilos de vida *familiares e individuales*, implica una ruptura con el modelo histórico liberal que se concentra básicamente en la historiografía individual, con algunas referencias eventualmente al contexto.

El Taller de Historia requiere trabajar sobre la historia de:

*Los **problemas objetivos de salud**: la génesis estructural y dinámica social de los procesos que terminan generando enfermedades/trastornos/malestar, así como expresiones saludables de un vivir saludable y bienestar); como de

Y entonces, al concebir la salud como un proceso complejo, multidimensional, sujeto a una determinación social se modifican tanto el **objeto** de la historia de la salud, como el **marco interpretativo histórico** correspondiente. Es decir, el conocimiento de la determinación social de la salud como fenómeno multidimensional que abarca los procesos *generales* de la sociedad y del entorno socio-ambiental, como los *particulares* procesos de los

*Las **aproximaciones subjetivas a la salud (el pensamiento sobre la salud)**: formas de pensamiento (paradigmas) y formas culturales alrededor del modo de vivir, la salud y la vida;

*las **modalidades, las lógicas y los vínculos “clasistas” de las prácticas e instituciones que las efectivizan** en salud, tanto las prácticas y sistemas terapéuticos -alopáticos y no alopáticos-, como las prácticas de confrontación, acción y prevención que desarrollan los actores, tanto en escenarios de práctica artesanales, como los de las empresas médicas, como las organizaciones comunitarias, como las prácticas públicas institucionales, las políticas de Estado.

La historia de la *salud como problema objetivo*, por ejemplo la historia de las enfermedades más resonantes o impactantes, por supuesto que no se desarrolla en un andarivel distinto de la historia del pensamiento que una sociedad tiene sobre éstas, pues hay una unidad o concatenación entre el movimiento de determinación social de las enfermedades, con respecto al movimiento de la determinación social del pensamiento sobre las mismas y entre aquellas y las prácticas que se organizan para afrontarlas, pues como lo hemos explicado antes:

“ocurre un movimiento permanente e interdependiente de lo objetivo y lo subjetivo...A diferencia de las epistemologías idealistas o las que corresponden al materialismo ingenuo, la perspectiva dialéctica sobre la relación entre el ser y el pensar adquiere carácter histórico relacional.”⁹

Y no sólo que “hay una determinación social de la salud, y de la enfermedad como una de sus expresiones más evidentes, así mismo los padecimientos típicos y epidemias de una sociedad dejan su huella en cada etapa histórica. La ideología dominante de cada época impone además la forma en que esas grandes epidemias son interpretadas y confrontadas.”¹⁰ Así por ejemplo, en el Ecuador no sólo que la sociedad genera las condiciones para una alta prevalencia de malaria, dengue y otros procesos transmitidos por vectores, sino que estos a su vez pasan a determinar la vida y la cultura de las regiones afectadas y así no podría concebirse una historia de Guayas, El Oro y Los Ríos, que no incorpore el papel de estos procesos en dicha historia.

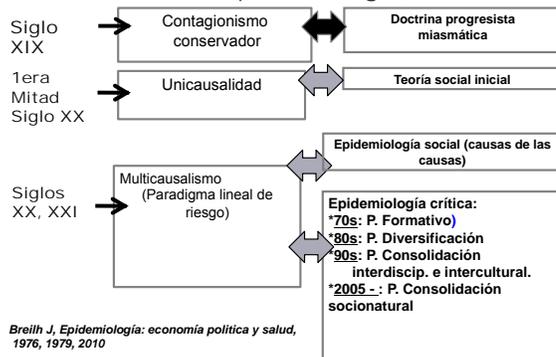
Si reconocemos que un **primer objetivo estratégico del taller** es comprender la génesis de los *grandes problemas epidémicos o endémicos*, los que afectan a grandes colectividades, como pueden ser por ejemplo: a) la historia de los problemas que han afectado a los trabajadores industriales, como las enfermedades tóxicas y neoplasias de la fuerza de trabajo expuesta a tóxicos y cancerígenos en el lugar de

⁹ Breilh J. El proceso juliano: pensamiento utopía y militares solidarios. Quito: Corporación Editora Nacional y Universidad Andina Simón Bolívar, 2011, p.17

¹⁰ Breilh Jaime. SIDA y sociedad El SIDA, la ciencia y las tres justicias en “Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia”, Marcela Arrivillaga y Bernardo Useche. –editores-. Bogotá: Rev. Gerenc. Polit. Salud, 10 (21): 219-223, julio-diciembre de 2011

trabajo; o b) la tuberculosis que impacta las poblaciones de sub-asalariados y grupos informales de nuestras urbes como Guayaquil; o las epidemias de problemas transmisibles que impactan a las comunidades carentes de infraestructura sanitaria, agua segura, etc. etc., debemos concluir que hay un atraso notable en el Ecuador en ese campo y hacen falta estudios históricos de ese tipo como los de MacKweon¹¹ sobre tuberculosis en Inglaterra que ya mencionamos; o como la historia de Packad¹² sobre la tuberculosis en los trabajadores de Sudáfrica; o como la historia crítica de la mortalidad y el VIH SIDA en el Caribe de Farmer.¹³ Hacen falta estudios sobre los problemas que nos agobian desde hace décadas y muestran un incremento para entender su relación con los modelos de producción económica que nos rigieron, con sus formas de estructuración del Estado y matrices culturales y comportamientos políticos.

Choques históricos en el pensamiento en salud (epidemiología)



Otra línea prioritaria de investigación se refiere a desentrañar la historia de las concepciones médicas y no médicas, paradigmas académico científicos y extra-académicos que surgieron en distintos períodos; su lógica, sus fundamentos filosóficos, sus relaciones con los intereses estratégicos de los grupos de poder o con bases sociales movilizadas. En ese sentido nos hacen falta estudios como los de Rose¹⁴ donde las políticas y las modalidades de práctica curativa

o preventiva que se aplicaron etc. a lo largo de la historia de la salud pública Europea son analizadas en relación con ese tipo de relaciones que hemos mencionado. Así por ejemplo, se han dado esfuerzos para explicar la oposición histórica de modelos interpretativos de la epidemiología.

En la actualidad los Doctorados de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, y de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar, hemos emprendido en el marco de una alianza interinstitucional, un proyecto de investigación teórica sobre el pensamiento en el campo de la epidemiología, y más específicamente en el campo de las teorías sobre la

¹¹ McKeown Thomas. *The Role of Medicine. Mirage or Nemesis?* London: The Nuffield provincial Hospital Trust, 1976.

¹² Packad, Randall. *White plague, black labor, Tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa*. Berkeley: University of California, 1989, ISBN 0-520-06575-1

¹³ Farmer Paul. *Patologies of Power*. Berkeley: University of California Press, 2003.

¹⁴ Rosen George. *A history of Public Health*. London: The Johns Hopkins University Press, 1993.

determinación social en salud. Como parte de ese esfuerzo el autor se encuentra desarrollando un análisis de los paradigmas epidemiológicos aplicando la matriz que consta en el anexo y donde se establecen, por una parte las categorías que aplicamos para el análisis comparativo, y por otra, las contribuciones teóricas analizadas (ver anexo: Matriz para análisis de enfoques sobre determinación social en distintos paradigmas epidemiológicos).

En el marco de un programa de investigación histórica renovado, estaremos en condiciones de formular en el taller una *matriz de prioridades* y derivar de aquella grandes *ejes de investigación* alrededor de los cuales se acumulen proyectos específicos de estudio, que ya no quedarían descolgados o descontextualizados y sería una contribución de peso para la evaluación de los acontecimientos actuales.

En otras palabras los ejes de investigación histórica los formularíamos respetando la multidimensionalidad y concatenación histórica de la salud como objeto complejo, es decir respetando la concatenación de los problemas objetivos, las formas subjetivas o modelos conceptuales aplicados en escenarios de praxis históricamente determinados. Esto da al taller un carácter integral propositivo en lugar de ser un colectivo dedicado a la descripción histórica pasiva.

En etapas anteriores de la producción de nuestro taller de historia hemos defendido esta perspectiva de la historia en salud, sea al trabajar sobre la epidemiología de la lucha por la liberación anti-colonial (Breilh 2008)¹⁵ o cuando enfocamos la historia del pensamiento en la época de la Revolución Juliana (Breilh 2011).¹⁶ En este último caso donde la investigación de personalidades emblemáticas se empezó a explicar en relación y como producto del contexto de las relaciones estructurales y de poder de la sociedad ecuatoriana de comienzos del siglo XX, así como ponderar sus ejecutorias en relación con dichas relaciones sociales, e incorporando de manera concatenada: el estudio de las relaciones económicas, de poder y culturales que determinaron el marco histórico de los modos de producir económicamente, los de pensar y concebir la cultura, y los de actuar políticamente; con respecto a las formas de hacer la práctica y las formas de concebir políticas de salud; y finalmente insertando en esa matriz histórica englobante, el estudio de las contribuciones de personajes emblemáticos, de tal manera que sus vidas y aportes ni se descontextualicen, ni se subestimen o se sobrevaloren; en definitiva una dialéctica entre las dimensiones social general, grupal e individual.

¹⁵ Breilh, Jaime. 2008. "Espejo Epidemiólogo: Nueva Lectura De Sus Ideas Científicas." In *Eugenio Espejo: Su Época y Su Pensamiento*, ed. Plutarco Naranjo and Rodrigo Fierro, 169–186. 1. ed. Biblioteca De Historia v. 25. Quito: Corporación Editora Nacional.

¹⁶ Breilh Paz y Miño, Jaime. 2011. *El Proceso Juliano: Pensamiento, Utopía y Militares Solidarios*. 1a. ed. Colección Temas vol. 16. Quito, Ecuador: Corporación Editora Nacional: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

En este punto cabe retomar en este punto los argumentos críticos que recogimos en el libro juliano antes citado respecto al desafío de investigación del pensamiento:

“Es por eso que para el caso de la historia de la salud, Juan Cesar García¹⁷ alertó hace tres décadas sobre la notable distancia que existe entre visiones personalistas –idealistas, neokantianas–, como la que representa Lain Entralgo,¹⁸ quien trabaja la historia de la práctica médica y de la patología como una secuencia hilvanada de hazañas o aportaciones esencialmente personales, dirigidas hacia “metas o modos” que obedecen a juicios de valor a priori –similares en su construcción a las orientaciones valorativas propuestas por Parsons y en su carácter metodológico al tipo ideal de Max Weber–; respecto a las miradas –como las de George Rosen-¹⁹, quien siempre contextualiza el análisis, ligando a cada momento los modos de pensar en salud, las tendencias tecnológicas y posturas prácticas de los actores sanitarios, con los cambios históricos más estructurados de la sociedad.

Diríamos por tanto que en la valoración histórica de las ideas de cualquier campo disciplinar, no se justifica una dicotomía absoluta entre la dimensión individual y la social en el análisis del saber, pues el paradigma histórico social no niega la importancia y peso determinante de las aportaciones individuales de pensadores, creadores, inventores y gestores que supieron sintetizar dicho saber, y aprovechar las potencialidades y desafíos de su época.”²⁰

Cabe insistir sobre las consecuencias que tiene una aproximación histórica como la que proponemos en la consolidación de una investigación orientada a la construcción de una memoria y una identidad de carácter emancipador.

Una posición que toma distancia de la historiografía descriptivista y que en el antes citado trabajo sobre Espejo la explicamos así:

“Tomando distancia de la historiografía descriptiva, la ponencia busca fortalecer una línea innovadora que trabaje una “anti-lectura” de los materiales históricos; que rompa con el canon médico positivista y nos libere de esa racionalidad eurocéntrica y unicultural, que nos condena a analizar los valores de Espejo, únicamente bajo los patrones convencionales de la “Ciencia Occidental” y bajo los moldes de la medicina y la salud pública hegemónicas.

El rescate de un Espejo menos europeo y menos reducido a las preocupaciones de la clínica y de la Salud Pública convencional, lleva a

¹⁷ Juan César García, “Medicina y sociedad: ideología y filosofía”, en Diego Tejeda, org., *Salud y política*, Santo Domingo, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1979, p. 14-33.

¹⁸ Pedro Lain Entralgo, *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1978.

¹⁹ George Rosen, *Uma história da saúde pública*, Sao Paulo, UNESP-Hucitec / Abrasco, 1994.

²⁰ Breilh Jaime. El proceso juliano, Op.cit, p. 20-21

descubrir las profundas relaciones entre una época de rebeldía social, los paradigmas para entonces revolucionarios del humanismo ilustrado, y un pensamiento social sobre la salud, que se adelantó un siglo a las ideas Europeas sobre la determinación social de la salud.”²¹

El taller de historia de la UASB es un espacio privilegiado y tal vez único para el desarrollo de esta vertiente crítica puesto que no sólo reúne las fortalezas y experticia histórica de especialistas de valía, sino por que su propuesta es la de generar un espacio innovador que convoque actores de mayor experiencia así como jóvenes que alimenten una línea histórica de ruptura que desafíe y proponga que revise los hechos bajo una mirada alternativa e integral y con eso alimente una memoria socialmente útil.

Taller de Historia: propuestas para un avance metodológico

Los planteamientos anteriores presuponen un debate metodológico, puesto que conllevan la necesidad de aplicar un marco interpretativo distinto y un método que nos faculte para abrir el objeto histórico salud a dimensiones no contempladas en el campo histórico convencional de la salud; y nos permitan interrelacionar los hechos bajo una óptica interdisciplinaria.

Proponemos como **marco interpretativo** y de análisis de la salud el de la **determinación social** lo que implica reconocer varias formas de movimiento real y conocer varios principios para interpretar el *problema salud*:

- 1) La salud es un proceso que existe, es concebido y confrontado prácticamente, no sólo en el espacio de sujetos individuales, sino en el espacio más amplio de sociedades y grupos con sus relaciones históricas; es decir la salud *abarcan los espacios o dimensiones general, grupal e individual*. En cada una de los cuales se producen y reproducen hechos que participan en la generación de la salud y que la historia debe reconocer.
- 2) En cada una de dichas dimensiones se produce *en cada período histórico una contradicción* u oposición entre procesos favorables a la salud colectiva e individual, que los llamaremos procesos saludables, protectores o soportes, a los que se contraponen procesos desfavorables para la salud colectiva e individual que los llamaremos procesos malsanos, que vulneran la salud y los ecosistemas o que son destructivos. Reconocer esto conlleva la aplicación de un razonamiento histórico complejo, multidimensional, y no un razonamiento lineal y mecánico de carácter meramente descriptivo.

²¹ Breilh Jaime. Espejo epidemiólogo: nueva lectura de sus ideas científicas en “Eugenio Espejo: su época y su pensamiento –Plutarco Naranjo y Rodrigo Fierro –editores-. Quito: Corporación Editora Nacional y Universidad Andina Simón Bolívar, 2008, p. 169-186.

- 3) En consonancia con lo que venimos diciendo, reconocemos en definitiva que la *salud es una categoría de investigación polisémica*, es decir implica varios significados con sus espacios, actores y relaciones que la historia debe reconocer:
- la salud como *objeto o proceso objetivo*: determinación social de
 - la salud como *concepto o proceso subjetivo*;
 - la salud como práctica o proceso de praxis.
- 4) Por lo antes dicho es indispensable consensuar una metodología que interrelacione dichas dimensiones de la salud, y para hacerlo se requiere secuenciar algunos pasos metódicos:
- Elaborar una matriz de doble entrada que integre las tres dimensiones alrededor de procesos críticos identificados y consensuados:

<i>Proceso crítico</i>	<i>Determinación social del objeto (génesis estructural y dinámica social de los procesos)</i>	<i>Concepciones sobre el proceso (formas de pensamiento – paradigmas- y formas culturales alrededor del proceso y sus determinaciones, modo de vivir, la salud y la vida)</i>	<i>Formas de práctica o afrontamiento (modalidades, las lógicas y los vínculos “clásicas” prácticas en salud, tanto las prácticas y sistemas terapéuticos -alopáticos y no alopáticos las prácticas de confrontación, acción y prevención desarrollan los actores, tanto en escenarios de prácticas artesanales, como los de las empresas médicas, organizaciones comunitarias, como las prácticas institucionales, las políticas de Estado.</i>
Proceso 1			
Proceso 2			
.....			
Proceso n			

- Ubicar en dicha matriz los procesos críticos, sea que estos correspondan a problemas objetivos, o problemas conceptuales epistemológicos o problemas práctico-políticos. Una vez ubicado el problema focal la matriz lo relaciona con las otras dimensiones. Es decir la matriz se puede llenar a partir de cualquier “casilla”, pero de ahí se establecen las relaciones con las otras dimensiones de la matriz.
- Hecho lo cual quedan constituidos ejes de investigación multidimensionales.
- Integrar equipos de investigación locales alrededor de los ejes.
- Buscar alianzas internacionales para complementar las fortalezas de grupos de investigación de varios países y explorar elementos comparativos.

En el trasfondo de nuestra propuesta epistemológica se articulan tres vertientes del análisis del pensamiento: los principios interpretativos de una epistemología crítica de la salud enraizada en el materialismo histórico; la idea kuhniana (Kuhn 1975)²² sobre el carácter “revolucionario”/crítico del pensamiento, la noción de “transformabilidad”,

²² Kuhn, Thomas. 1975. “Posfascio (1969).” In *A Estrutura Das Revoluções Científicas*, 215–257. Perspectiva.

movimiento de la ciencia cuya transformación está sujeta al peso de las contradicciones sobre los aspectos “normales” –nosotros diríamos hegemónicos- , y el carácter sociológico o determinación social de la ciencia, sus modelos e instrumentos; y finalmente, la idea de Bourdieu (Bourdieu 1998) sobre el peso de las relaciones de poder de la sociedad sobre dicho desarrollo del pensamiento donde asumimos los conceptos, y hasta los elementos más instrumentales como “expresiones transformadas, subordinadas, transfiguradas, y algunas veces irreconocibles de las relaciones de poder de una sociedad.”²³

Es de esperarse que nuestra Red Latinoamericana que está consolidándose, tome plena conciencia de estas complejidades y asuma sin mediatizaciones el desafío de avanzar hacia una historia crítica de la salud que acompañe y contribuya a nutrir una conciencia sanitaria emancipadora.

²³ Bourdieu, Pierre. 1998. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p.15