

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

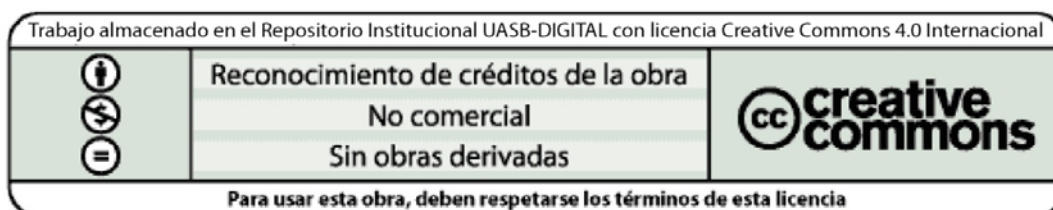
Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad

**Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana una
perspectiva histórica**

Ana Lucía Casallas Murillo

Tutor: Everardo Duarte Nunes

Quito, 2019



Cláusula de cesión de derechos de publicación

Yo, Ana Lucía Casallas Murillo, autora de la tesis “Medicina social y salud colectiva latinoamericana, como estilo de pensamiento contra hegemónico en salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos a la obtención del título de Doctor en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, en la Universidad Andina Simón Bolívar.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante treinta y seis meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad utilizar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial de los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, así como usos en la red local y en internet.
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación por parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General el ejemplar respectivo y sus anexos, en formato impreso y digital o electrónico.

4 de julio de 2019

Firma: _____

Resumen

Este estudio analiza los aportes y los desafíos de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (MS/SC), en el periodo 1980-2016. Esta resignifica la noción epistemológica del objeto salud, establece una relación entre las ciencias sociales y las disciplinas de la salud.

En la introducción caracteriza las etapas de la MS/SC desde la perspectiva de tres de sus más celebres investigadores. El capítulo primero expone los antecedentes de esta corriente de pensamiento desde la década del 70. El segundo capítulo presenta referentes y discusiones teóricas y políticas que contribuyeron en su construcción. El tercer capítulo se ocupa de explicitar los asuntos metodológicos.

El capítulo cuatro presenta los resultados del análisis bibliométrico sobre las categorías clase social, proceso salud enfermedad y determinación social de la salud y el análisis de crítico de contenido de los artículos reseñados. El capítulo cinco da cuenta del análisis de resultados a la luz de las visiones sobre historia de la ciencia y los aportes de Fleck.

El capítulo seis introduce el debate de las prácticas sociales en la MS/SC, al ubicar el espacio de encuentro de la corriente de pensamiento en la Asociación Latinoamericana de Medicina social (ALAMES) como lugar para ejercer el poder simbólico, utilizando como instrumentos de investigación las Conferencias Juan César García, (CJCG) sobre las que se realizó un análisis crítico del discurso. Asimismo, se sitúan en este capítulo los avances y desafíos de la MS/SC en el periodo revisado, para mantenerse como corriente de pensamiento contra hegemónica.

La investigación finaliza dejando por sentado que esta corriente de pensamiento requiere buscar las posibles mediaciones y encuentro de colectivos de pensamiento para materializar las distintas prácticas y saberes sobre las cuales se ciñe, ampliar las esferas científicas, académicas y mantener relaciones dialógicas con organizaciones y movimientos sociales y ejercer el poder simbólico para superar la subalternidad científica y política.

Palabras clave: salud pública, medicina social, salud colectiva, epistemología, historia

A la memoria de mi madre y a su presencia, la que busco, entrañablemente en las
noches estrelladas de Tenjo.

A Pablo, por sus enseñanzas sobre sociólogos y filósofos, a Manolo, por su particular
forma de despertar alegría en las transcripciones.

A las amigas de la vida, por la sororidad, las horas de escucha y las múltiples formas
de apoyo.

A mis queridos compañeros y compañeras de la Andina, quienes mantuvieron sus
raíces e identidades, siendo constante, la presencia en las aulas, de los mineros y los
trabajadores de la salud, en Bolivia, la contaminación del río Juanacatlán y las luchas
de Guerrero y Chiapas en México; los campesinos de la Amazonia, de Guayas y de
Guaranda; las voces de quienes habitan los basureros; los niños indígenas Cañarí; los
niños y niñas de Cuenca afectados por la contaminación ambiental; los jóvenes, los
pacientes de los servicios de salud en Quito, que nos permitieron trascender y querer a
ese Ecuador, cómplice y compañero en este trasegar, y por supuesto, mi país, con los
debates de cuatro apasionados colombianos.

Finalmente, dedico este trabajo a quienes permanecen en la lucha cotidiana por
mantener la vigencia de la educación pública, en lugares como la Universidad Andina
Simón Bolívar, un espacio de bienestar y una casa abierta al conocimiento.

Agradecimientos

Al profesor Jaime Breilh, por la oportunidad de hacer parte, de este, su sueño colectivo y latinoamericano, un doctorado con visión crítica, asimismo; por su confianza y paciencia infinitas y por seguir creyendo, aun, en medio de la adversidad del momento.

Al profesor Everardo Duarte Nunes, guardián y compañero en la distancia, para que este documento aflorará.

A la Escuela de Medicina de la Universidad del Rosario, por los tiempos otorgados para avanzar en este proyecto.

A todas las personas que apoyaron las labores de búsqueda, organización de información y diferentes etapas del proceso, su constancia, me permitió, no desfallecer en el intento.

A la generosidad y confianza de quienes posibilitaron con las entrevistas, que su pensamiento acompañe este escrito.

A Lary y al 505, por los días y noches dedicados a decantar y poner en orden las ideas, para superar las afujías “epistemológicas y del alma”, a su tesón y constancia motivadoras hasta el final.

A Ylonka Tilleria y María Luisa Espinosa, por su apoyo y disposición invaluable, en el área de salud, de la Andina.

A Paty Polo, por su casa, espacio y refugio permanente.

A Esperanza Martínez, Adolfo Maldonado y su familia, por aquellos momentos cálidos y fraternos.

Tabla de contenidos

Introducción.....	19
Capítulo primero Antecedentes de la medicina social/salud colectiva en América Latina	37
2. El origen de la medicina social latinoamericana	40
3. Prácticas de la medicina social latinoamericana	46
Capítulo segundo Referentes teóricos en la construcción de la Medicina Social y la Salud Colectiva	69
1. Reseña histórica del concepto salud	69
2. Debates conceptuales sobre la naturaleza del objeto salud	73
3. La génesis de medicina social/salud colectiva: una visión desde el materialismo histórico y dialéctico	79
4. Medicina social y Epidemiología crítica.....	84
5. Las ciencias sociales y el campo de la salud colectiva	91
6. La medicina social y la historia social del conocimiento	94
7. La praxis de la medicina social/salud colectiva	109
Capítulo tercero Metodología	117
1. Tipo de estudio.....	118
2. Unidad de análisis y observación	119
3. Procesamiento de la información.....	130
Capítulo cuarto Resultados de revisión bibliométrica y análisis crítico del discurso.....	133
1. Resultados de la revisión Bibliométrica Medicina social y salud colectiva..	133
2. Resultados análisis bibliométrico por categorías	146
2.1.Clase social en salud.....	154
2.2. Proceso salud-enfermedad.....	167
2.3. Determinación social de la salud.....	180
Capítulo quinto Análisis de resultados.....	197
1. Sujeto, objeto y conocimiento anterior.....	197
2. La transformación del estilo de pensamiento	204
3. Comunicación inter y extracolectiva a propósito de colectivos de pensamiento.	207

4. La MS/SC Paradigma o estilo de pensamiento?	210
Capítulo sexto Del discurso crítico a las prácticas de la medicina social y salud colectiva, otra perspectiva histórica.....	213
1. Medicina Social y Salud Colectiva. ¿La emergencia de un discurso contra hegemónico en salud?	215
2. La batalla en el campo del poder simbólico	221
2.1. Un modelo contra hegemónico	223
2.2. Una próxima década, los años 80	224
2.3. El embate neoliberal, brechas de inequidad	230
2.4. El nuevo siglo. El capitalismo Salvaje: despojo frente el cuidado de la tierra 234	
3. Avances y desafíos para la medicina social/salud colectiva	242
Conclusiones.....	249
Lista de referencias.....	253
Anexos.....	267
Anexo 1. Matriz de categorías Iniciales	267
Anexo 2. Guía de Entrevistas	268
Anexo 3. Consentimiento informado	270
Anexo 4 Guía para análisis del discurso.....	271
Anexo 5. Rejilla análisis de contenido.....	273

Lista de tablas

Tabla 1. Categorías de producción de la medicina social	25
Tabla 2. Momentos que caracterizan la medicina social salud colectiva latinoamericanas. Duarte	31
Tabla 3. Momentos que caracterizan la medicina social salud colectiva latinoamericanas. Laurell	33
Tabla 4. Momentos que caracterizan la medicina social salud colectiva latinoamericanas Breilh	36
Tabla 5. Bases filosóficas y su noción del objeto salud	67
Tabla 6. La construcción epistemológica desde la MS/SC de una epistemología de la salud	84
Tabla 7. Matriz Taxonomía de estudios	121
Tabla 8. Entrevistados, país de origen y practica dentro de la MS/SC	124
Tabla 9. Lugar fecha y Conferencista en las Juan César García primarios	127
Tabla 10. Fuentes primarias	128
Tabla 11. Codificación y familias	128
Tabla 12. Temas medicina social y salud colectiva	135
Tabla 13. Categorías iniciales y emergentes de la medicina social/salud colectiva	148
Tabla 14. Clasificación taxonómica de las categorías	149
Tabla 15. Distribución de tipo de recurso académico según categoría de análisis	150
Tabla 16. Regiones y proporción de publicaciones	153
Tabla 17. Publicación categoría clase social	156
Tabla 18. Autores en Scopus y WOS- Clase social	157
Tabla 19. Publicación categoría clase social según países	158
Tabla 20. Enfoque predominante en las publicaciones sobre clase social en salud	160
Tabla 21. Publicaciones de categoría proceso salud-enfermedad	168
Tabla 22. Autores que publican en bases de datos Scopus y WoS	169
Tabla 23. Enfoque predominante en las publicaciones sobre proceso salud-enfermedad	174
Tabla 24. Publicaciones categoría Determinación Social de la salud	182
Tabla 25. Publicaciones bases categoría Determinación Social de la salud	183
Tabla 26. Publicaciones por países	184
Tabla 27. Taxonomía de los artículos reseñados Determinación social de la salud	186
Tabla 28. Categorías iniciales y emergentes de la medicina social/salud colectiva	204
Tabla 29. Congresos ALAMES, 1987-2016	206
Tabla 30. Conferencias Juan César García	221

Listado de figuras

Figura 1 Fases del proceso metodológico	116
Figura 2. Flujo de procedimiento de selección de artículos.	120
Figura 3. Tipo de recurso académico	133
Figura 4. Distribución de publicaciones según base de datos especializada	139
Figura 5. Georreferencia de las publicaciones	143
Figura 6. Publicaciones de la búsqueda medicina social y salud colectiva	144
Figura 7. Evolución histórica de las publicaciones	145
Figura 8. Bases de datos que incluyen las categorías	151
Figura 9. Evolución periódica de las publicaciones por quinquenios.	150
Figura 10. Períodos de publicación categoría clase social	159
Figura 11. Publicación por países	171
Figura 12. Publicaciones en el periodo de estudio proceso- salud enfermedad	172
Figura 13. Publicaciones por periodos	185

Lista de abreviaturas

ABRASCO	Asociación Brasileira de Postgrado en Salud Colectiva
ACD	Análisis crítico del discurso
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
CEAS	Centros de Estudios y asesorías en Salud
CEBES	Centro Brasileiro de Estudios en Salud
DSS	Determinantes Sociales de Salud
MS/SC	Medicina social y salud colectiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
SUS	Sistema Único de Salud

Introducción

Este trabajo constituye un análisis sobre la vigencia y las posibilidades de transformación que puede ejercer la corriente de pensamiento de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas, en adelante MS/SC. Estas han postulado según Franco (2016, 12), que la salud del pueblo es un objeto incuestionable de responsabilidad social; y han demostrado cómo las condiciones económicas y sociales tienen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad. Los principales documentos sobre MS/SC datan, en América Latina de comienzos de la década del 70, período del cual existe una destacada producción, por lo tanto, en esta tesis se hará una aproximación al período comprendido entre 1980 y 2016, para entender el momento y contextos de la producción teórica y praxiológica así como los empeños para mantener la vigencia de esta corriente de pensamiento y develar los retos que le acompañan.

Para iniciar conviene destacar la crisis de la salud pública, entendida como un retroceso en la salud planetaria, que en Latinoamérica, se expresó con mayor fuerza en la década de los 70, del siglo XX, esta crisis, muy relacionada con los efectos del modelo económico para la región; estuvo sumada a problemas en el conocimiento y desarrollos teóricos que se expresan en las prácticas. La crisis destaca que la salud pública no logra definir un objeto epistemológico, cuyo reflejo es la insuficiencia para abordar la salud y la enfermedad así como los nuevos problemas de salud y necesidad, lo que es llamado por Kuhn “anomalía” (Franco2000, 47). Estas limitaciones se expresan por el uso de la causalidad y linealidad para explicar los problemas sin un referente político macro estructural, permitiendo el predominio de una perspectiva biologicista. Otro aspecto de la crisis es la poca relación con otras disciplinas como la antropología, la sociología, la educación, y los derechos humanos y las libertades fundamentales, lo que limita la esfera del conocimiento, y también las prácticas y los derroteros metodológicos. (Ibid: Franco) En síntesis una crisis centrada en la incapacidad de llevar a cabo prácticas coherentes para, organizar sistemas y servicios de salud., suficientes tanto para los individuos como para las poblaciones.

Es en este contexto como se verá más adelante, académicos y líderes políticos de la región generan un debate profundo, cuestionando estas respuestas acríticas y

ajustadas a un modelo uniforme previsto por los organismos internacionales (Breilh 2015).

Así la MS/SC reacciona y propone leer la estructura social para entender las desigualdades presentes en diferentes grupos y clases sociales entendiendo que, en el modo de producción capitalista, la práctica médica, la salud en su conjunto, y las políticas en salud son resultado de complejos procesos de hegemonía y subordinación propios de un modo de producción (Donnangelo 1976, 48).

Aun en la actualidad el modelo hegemónico que en la reflexión gramsciana plantea el problema del poder y la dominación de las élites, vinculado a la hegemonía, entendida como la capacidad de un grupo social para articularse, desde una posición de supremacía, con otros grupos sociales, y orientar la ‘visión del mundo’ de un conjunto social mucho más amplio que las fronteras estrictas de la clase (Campione 2015, 78), no ha procurado un paradigma que logre solventar, epistemológica, metodológica y praxiológicamente el objeto de la salud, como tampoco su determinación social, económica y cultural para producir bienestar y buen vivir a los grupos humanos, así:

La salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, medicalizada y marcadamente biológica, centrada en la enfermedad y no en la salud, que es lo que llamamos “pensamiento hegemónico en salud”, el que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes. (Feo 2012, 5)

Por consiguiente, el modelo hegemónico ha configurado un espacio propicio para la acumulación y reproducción de capital financiero, al punto que en las últimas décadas ha posibilitado la incursión de organismos internacionales en la financiación y en la organización de los sistemas de salud.

En América Latina, investigadores e investigadoras de la MS/SC, comprometidos política e ideológicamente, generaron formas de resistencia frente al modelo funcionalista que “considera el sistema social como una totalidad integrada por diversas estructuras con roles definidos para los individuos en un engranaje equilibrado, con ajustes a través de normas y sanciones” (López 1994, 375). El funcionalismo entiende a las sociedades como sistemas totales que operan hacia la integración de las partes, por tanto, lo disfuncional tiende a ser institucionalizado, siendo la integración la tendencia dominante; el cambio social es adaptable y gradual, a nivel de las superestructuras (García 1994, 33).

Desde de este abordaje y en el modo de producción capitalista, los resultados prácticos respecto a las medidas en salud, dieran curso en la atención individual, al dominio del complejo médico industrial, orientado hacia el consumo de medicamentos y tecnologías. Por su parte, en salud pública, el abordaje se concentró, como efecto de los acuerdos desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef) en atención infantil, control de la natalidad y política sanitaria con programas verticales y saneamiento básico.

En el campo de la salud pública convencional, el funcionalismo afinca sus explicaciones desde la epidemiología, con apoyo, principalmente, de estudios sobre la causa y la distribución de la enfermedad. Y toma de las ciencias sociales, la perspectiva de la sociología funcionalista liderada por Talcott Parsons, quien postuló que “La práctica médica se orienta a superar alteraciones de la salud del individuo, como un mecanismo del sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros, considerando la enfermedad, un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano, y al médico un mecanismo de control social” (García 1994, 37).

De esta forma las tesis que sustentan el funcionalismo están demarcadas por principios que limitan la explicación de la salud y la enfermedad al no reconocer las condiciones determinantes del modelo social y económico en la afectación de la vida de los sujetos

Por el contrario, la MS/SC como Breilh¹ señala, es un campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintas perspectivas epistémicas (Breilh 2014, entrevista personal). Lo cual permite incorporar las necesidades sociales de salud, de los grupos poblacionales y no simplemente los problemas de salud, limitados a riesgos, agravios, enfermedades y muertes (Bertolozzi y Delatorre, 2012). Por otro lado, y en consonancia con lo anterior, en Brasil, Paim² determina que corresponde al objeto de la salud colectiva, la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud (Paim 2006), en tanto que las

¹ Ecuatoriano, médico, magister en medicina social de la UAM, Unidad Xochimilco, Epidemiólogo de la Escuela de Higiene, Londres y PhD en Epidemiología en la Universidad Federal de Bahía, docente universitario, rector de la Universidad Andina Simón Bolívar, activista y defensor de derechos humanos, fundador del Centro de estudios de la salud CEAS, son reconocidos sus aportes teóricos en la medicina social latinoamericana, desde la corriente marxista ha consolidado la epidemiología crítica, y las categorías de reproducción social y proceso salud enfermedad, así como el concepto de la triple carga en la mujer y las asimetrías de poder que se expresan en las nociones de etnia, clase social y género.

² Brasileño. Médico de la Universidad Federal de Bahía Ms y PhD en Salud Pública. Profesor titular de la Universidad Federal de Bahía y Profesor Honoris Causa de la Universidad Estatal de FERIA de Santana. Experto en Planificación y Políticas de Salud.

prácticas son un concepto “para hacer referencia al objeto de trabajo, los medios de trabajo y el trabajo en sí, como actividad humana, y las relaciones sociales, en las cuales se desarrolla este trabajo, por tanto, las prácticas de salud, como prácticas sociales constituyen la estructura social y la investigación sobre su naturaleza.” (Paim 1992). En el mismo sentido Nunes³ plantea:

La Medicina social se refiere a “una tentativa de redefinir la posición, y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer demarcaciones conceptuales, colocar en cuestión los cuadros teóricos, en fin, se trata de un movimiento a nivel de la producción de conocimientos que, reformulando las indagaciones básicas que posibilitaron la emergencia de la Medicina Preventiva, intenta definir un objeto de estudio en las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial”. Esta forma de entender la Medicina social, le da una posición disciplinar que está según Arouca, “en los límites de las ciencias actuales.” (Nunes 1991, 32)

De esta manera en la MS/SC es posible ubicar una visión epistémica de la salud, como objeto de conocimiento y ubicar el consenso sobre sus desarrollos concretos que se concentran en los *procesos investigativos* y *desarrollos teóricos*, como también en el aporte a *procesos emancipatorios*. Esta visión ha sido liderada por ciudadanos y gremios, y el ámbito profesional en *la formación del recurso humano*, principalmente en las universidades públicas y también por trabajadores de la salud en la organización de los sistemas de salud. A continuación una aproximación a cada una:

La primera de ellas, condujo a la generación de categorías analíticas y conceptos, con evidentes aportes en la resignificación del concepto de salud y enfermedad, clase social y salud, la relación salud- trabajo. Y la determinación social de la salud. Así mismo, estos procesos investigativos se encuentran vinculados con las prácticas sociales, ideológicas y políticas, de los intelectuales.

Respecto del aporte de procesos emancipatorios retoma la visión de Gramsci: “El intelectual tiene como función el homogeneizar la concepción del mundo de la clase a la que está orgánicamente ligado; es decir, positivamente, tiene por función conseguir la correspondencia entre esta concepción y la función objetiva de esta clase en una situación histórica determinada” (Gramsci 1986, 67).

Para los investigadores de la MS/SC afincados en la dialéctica, la noción de conciencia de clase, es la que forja al intelectual orgánico, que en la practica requiere de

³ Brasileiro, sociólogo, con magister en sociología y PhD en ciencias, profesor colaborador departamento de medicina preventiva de la Universidad de Campinas en Sao Paulo, fundador de la corriente de salud colectiva en Brasil, autor de libros y artículos sobre la relación entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, participa como editorialista en varias revistas. Director de esta tesis.

un compromiso no solo con la generación de categorías, sino también con la “concepción del mundo de una clase que surge en función de una situación. Por consiguiente, la transformación de la situación debe provocar una transformación de la concepción. Además, es preciso darse cuenta del hecho de que la conciencia de una clase está siempre condicionada, influenciada, por las concepciones de las demás clases sociales -siendo la clase más influyente, la clase dominante.” (Noguera Fernandez 2011, 29)

De esta forma, entre los pensadores de la MS/SC, es clave la categoría clase social por ello, la conciencia de la misma, hace que los intelectuales se vinculen con procesos sociales y políticos, ejemplo ilustrador es Brasil, en el período de la democratización de salud implementada con la reforma sanitaria, proceso en el que la participación de Sergio Arouca, Sonia Fleury y otros líderes académicos y políticos, fue determinante en la construcción y la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS).

Durante la dictadura, a inicios de los 70, Sergio Arouca convoca a los que tenían posiciones institucionales, graduados y docentes de medicina social, a reuniones clandestinas en su casa y la de Sonia. La pregunta era ¿qué hacer para mantener la gente profesional en la función pública?, porque la represión y la policía los sacaban del trabajo. Se montó una red de apoyo con financiaciones de OPS, consultoría en Sao Pablo, para lograr mantenerse todos, en una experiencia de organización política, con militantes del partido comunista, que optaron apostar por la democracia, de forma organizada.

[...] En la dictadura, el Congreso creó un simposio sobre salud, docentes y militantes (CEBES) junto con Arouca, produjeron el documento: “La cuestión democrática en salud”, [primera vez en un edificio público con privados y clientelistas] Este documento fue aceptado [Sigue la vía del parlamento para construir y avanzar dentro de la legislación, marcando los inicios del (SUS) (Fleury, 2014, entrevista personal).

El tercer desarrollo de la MS/SC, es la enseñanza de la medicina y del conjunto de profesiones de la salud, que surge como crítica al modelo educativo impulsado, en la década de los 50 y 60 por la OPS. En el sentido de integrar a las curricula una amplia revisión de otras disciplinas principalmente de las ciencias sociales y humanas.

Sobre el particular, dos autores precursores de la medicina social y de la salud colectiva Juan César García en su investigación la educación médica en América Latina, (1972) y Sergio Arouca en 1975, con la tesis doctoral el dilema preventivista, cuestionan este modelo educativo de la región, el primero argumenta como el énfasis biologicista separa al individuo de las condiciones sociales y el segundo, como la noción de prevención plantea intervenciones dispuestas en la enfermedad bajo la perspectiva de

otorgar responsabilidad individual, sin tener como referente la materialidad de las condiciones sociales, económicas y culturales.

En el componente formativo es muy significativo para la MS/SC, la creación del programa de maestría en medicina social, inaugurado en 1975, en la Universidad Autónoma de México (UAM) unidad Xochimilco. Con apoyo de la oficina de formación de recursos humanos OPS, en cabeza de Juan César García. El posgrado se dio en un contexto de inmensa riqueza política e ideológica en México, por la confluencia de activistas y académicos, al respecto, Breilh señala: el grupo de estudiantes:

[...] entendimos el imperativo de construir un nuevo modelo teórico. Teníamos que aprovechar el clima intelectual propicio del México de los 70s"... [Logramos convencer al pensador ecuatoriano Bolívar Echeverría para que dictará una versión adaptada de su renombrado Seminario de Economía Política de la UNAM. La maestría acogió con entusiasmo nuestra propuesta y así sumamos esos contenidos al rico programa de ruptura que se cumplía con la presencia de un grupo de maestros latinoamericanos de gran calibre. (Breilh 2014, entrevista personal)

De esta manera, la base epistemológica para cuestionar el pragmatismo del modelo funcionalista fue la dialéctica, asumida en el programa de posgrado de medicina social en la UAM Xochimilco, que para el caso de Latinoamérica, corresponde al nicho de pensadores de la medicina social; entre tanto, en la maestría con el mismo nombre en la Universidad Estadual de Río de Janeiro, se orienta el auge de la perspectiva de la salud colectiva. Dando curso al involucramiento de las ciencias sociales y un marco más amplio de acción de las profesiones de la salud, no exclusivo de la medicina. En ambos casos, son los trabajos académicos de estos posgrados, los que develan nuevas categorías y posturas de una corriente de pensamiento definida como contra hegemónica.

Señalados los puntos de tensión entre la salud pública y la MS/SC, se presenta a continuación, una síntesis acerca de la trayectoria de la MS/SC, sus categorías analíticas, sus aportes y los retos para hacer de ella un pensamiento más universal y paradigmático.

En principio el trabajo de Everardo Duarte Nunes, posteriormente, los retos para difundir la producción académica de la medicina social, según Waiztkin y finalmente, los aportes de Almeida Filho y Breilh, para señalar las categorías complejas y estructurantes, que aporta la MS/SC.

Everardo Duarte Nunes realizó un análisis Bibliométrico sobre la producción científica de las ciencias sociales aplicadas a la salud de América Latina, durante el período comprendido entre 1970 y 1985, tomando como referencia estudios de

investigadores, y de la Organización Panamericana de la Salud. La bibliografía analizada corresponde a dos períodos 1950-1979 y 1980 -1985 y cuatro categorías de producción: medicina tradicional, proceso salud-enfermedad, servicios de salud y formación de recurso humano en salud (Nunes 1991,79).

La tabla 1 da cuenta del trabajo de Nunes y se explica de la siguiente forma: en la organización y definición de la categoría de Medicina Tradicional, hubo una notoria participación de antropólogos y sociólogos, quienes desarrollaron contenidos respecto de lo secular, lo sagrado, lo mágico, en relación con la salud y la enfermedad. Es destacada la producción de Eduardo Menéndez, en principio con sus estudios sobre el alcohol, y luego por las aproximaciones entre las ciencias sociales y la salud mismas que posteriormente forjaron un cuerpo teórico, reconocido como antropología médica; desde donde, se vincularon a la salud, la riqueza de técnicas y lecturas diferentes de los grupos sociales en torno al proceso salud-enfermedad (Menéndez 2001, 345).

Tabla 1

Categorías de producción de la medicina social propuestas por Duarte Nunes

CATEGORIAS	EJES	TEMAS
Medicina Tradicional	rural-urbano, secular-sagrado, mágico-científico, racional-irracional	Cultural, mágico, religioso
Servicios de salud	medicina y sociedad	análisis sobre medicina preventiva
		estructura socioeconómica y los servicios de salud
		Los determinantes sociales de la planeación; rol de las ciencias sociales
		La visión teórica e histórica de la medicina social,
	medicina estatal	Organización de servicios de salud
	análisis histórico	análisis crítico de la investigación sobre servicios de salud en Latinoamérica
		estudios sobre políticas de salud en América Latina
		demografía y servicios de salud
	Atención primaria, junto con programas de salud	APS y Alma Ata
		Programas campañas
		Participación Popular
		Comunicación en salud
	Otros subtemas	Insumos para los servicios de salud, costos, consumo
		Políticas de medicamentos
Mercado de trabajo y profesiones de la salud		
Investigaciones: Metodología;		
	Salud mental	Alcoholismo, drogas

Proceso salud-enfermedad		Psiquiatría
	Procesos de morbilidad	pobreza, procesos migratorios,
	Nutrición	Efectos de la desnutrición en el desarrollo físico y mental.
		Creencias y prácticas comunitarias
		Lactancia materna
	Enfermedades	Tropicales, crónicas
accidentes de tránsito		
Formación de recursos humanos	Investigación teórico metodológica	La epidemiología, la economía y la sociología.
		Aspectos sociales y educativos de la formación en salud
		Planes de estudios, disciplinas
		Análisis crítico de medicina preventiva y social

Fuente: Nunes, 1991

Elaboración propia

La categoría relacionada con servicios de salud, comprende el análisis sobre la vinculación de la práctica médica con la práctica social, situado en enfoques histórico – estructurales, comprende: el análisis crítico de la investigación sobre servicios de salud en los países latinoamericanos, estudios sobre políticas de salud en América Latina, cuestiones demográficas y servicios de salud, medicina preventiva, y estudios críticos a la epidemiología basada en el positivismo.

Por su parte, en la categoría del proceso de salud-enfermedad, clave en la MS/SC, se explicitó el sentido procesual, histórico y estructural, e incluyo temáticas como: salud mental; determinante de morbi-mortalidad; nutrición; salud, enfermedad y sociedad; trabajo y salud; enfermedades tropicales, crónicas e infecciosas; accidentes de tránsito; método y técnicas aplicadas a la salud.

Para Nunes, es significativo destacar que desde los años 70, se ha hecho un esfuerzo por comprender los procesos de salud-enfermedad dentro de un marco más amplio, esencialmente gracias a una nueva generación de epidemiólogos con formación en ciencias sociales. En torno a las relaciones entre trabajo y salud, son también importantes las producciones de García y Laurell, por sus aportes referidos al desgaste y el nexo biopsíquico.

Finalmente, la categoría de formación en recursos humanos incluye literatura que trata los aspectos sociales y métodos educativos en la formación y proyección de los recursos humanos para el área de salud.

Hasta aquí es evidente la trayectoria de la MS/SC en la producción académica e investigativa, el desarrollo de enfoques y la incorporación del materialismo histórico y

dialéctico, así como los aportes de las ciencias sociales que posibilitan la profundización en categorías y subtemas, permitiendo, a su vez, el posicionamiento de otros marcos de análisis.

La segunda referencia para documentar en la producción de la MS/SC, es la reportada por Waiztkin⁴ y varios autores latinoamericanos, su estudio publicado en el artículo “Los aportes y desafíos de la medicina social” (Waiztkin 1999). El texto precisa como un reto para la medicina social lograr que su producción, principalmente académica, sea reconocida en ámbitos distintos a la región. Destaca el importante recorrido generado por la MS/SC y su producción crítica, que aborda lo colectivo desde los propios contextos, siendo sus principales categorías analíticas: clase social, reproducción social, cultura, género y producción económica, en diversos tópicos como: servicios de salud y reforma de los sistemas de salud, proceso salud enfermedad con perspectiva de economía política, violencia desde la lectura estructural de los problemas que afectan la salud de las personas y por tanto contribuyen al aumento de las inequidades sociales.

Waiztkin y colaboradores argumentaron que la baja influencia del pensamiento crítico de la MS/SC, entre investigadores y docentes, se produce, entre otras razones, debido a que las publicaciones estaban restringidas a los idiomas: español y portugués, y se dirigían a los trabajadores de salud y a los académicos de las ciencias sociales. Por tanto, han considerado necesario que los profesionales de salud de otras latitudes conozcan esta información rompiendo las barreras del idioma, obteniendo mayor circulación y difusión de las publicaciones médicas, de la salud y las ciencias sociales (Waiztkin 1999, 232).

Adicionalmente, hacen parte de los productos de esta investigación un sitio web en la Universidad de Nuevo México, para alojar información sobre la medicina social y la salud colectiva, conformando una base de datos con referencias de libros, capítulos de libro y artículos, disponibles en español, inglés y portugués, así como el acceso a las revistas latinoamericanas: Cuadernos Médico- Sociales, Salud Problema y Debate de Argentina; *Ciência e Saúde Coletiva*, *Interface*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública*, *Saúde e Sociedade*, *Saúde em Debate* y *Revista Brasileira de*

⁴ Norteamericano, PhD en medicina, profesor distinguido en la Universidad de Nuevo México, investigador de medicina social, sociología, salud mental y políticas sociales, creador del repositorio sobre medicina social y salud colectiva, autor de numerosos artículos y libros sobre la medicina social y la salud colectiva.

Epidemiologia de Brasil; Revista Cubana de Medicina Tropical y Revista Cubana de Salud Pública de Cuba y Salud Problema de México. Así mismo, se propuso digitalizar las revistas Saúde em Debate de Brasil, Cuadernos médicos sociales de Argentina y Salud Problema de México, con el propósito de mantener una publicación sistemática y permanente, debido a que las versiones impresas han tenido dificultades de financiación (Waitzkin 1999, 235).

Siguiendo con los aportes de la literatura latinoamericana en salud, cabe mencionar el estudio realizado por Naomar Almeida Filho⁵, con el propósito de identificar la producción a nivel de la región, acerca las desigualdades sociales en salud. La metodología que empleó fue un análisis Bibliométrico y de contenido, con 296 trabajos producidos entre 1971 y 2000.

En el análisis de contenido se encontró que los trabajos de Brasil, Chile y México contribuyeron más a los estudios empíricos sobre las desigualdades en salud, mientras que Ecuador y Argentina produjeron más estudios de tipo conceptual. Además, se evidenció un aumento de la producción total, en los últimos siete años. La conclusión general del estudio, señala cómo la literatura de América Latina, sobre investigación de la desigualdad en salud, puede caracterizarse porque: existe un abandono de las cuestiones de género, raza y etnia; los datos empíricos son relativamente escasos, contrastando con un rico y variado repertorio de modelos teóricos; hay una notable diversidad de diseños de investigación epidemiológica, junto con la consideración de estudios ecológicos y métodos etnográficos no encontrados en otras tradiciones de investigación (Almeida Filho 2003, 67).

Más recientemente, en 2014, Jaime Breilh⁶ junto con un equipo de investigadores, realizaron un estudio comparativo sobre los principales paradigmas de la determinación social de la salud y la operacionalización de un modelo alternativo para investigación relacionada con los modos de vivir saludables. La metodología incluyó la selección de libros, artículos y textos publicados en Latinoamérica y otros lugares del mundo, para interpretar, los modelos teóricos- metodológicos, existentes dirigidos a

⁵ Brasileño. Médico, magíster en Salud Comunitaria, PhD en Epidemiología y Doctor en Ciencias Honoris Causa. Profesor Titular e Investigador del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, autor de libros que cuestionan el modelo epidemiológico, ha trabajado la epistemología de la salud y en la actualidad es un académico ubicado en la postmodernidad y en la fractalidad.

⁶ Ecuatoriano, médico, magíster en medicina social de la UAM, Unidad Xochimilco, Epidemiólogo de la Escuela de Higiene, Londres y PhD en Epidemiología en la Universidad Federal de Bahía, docente universitario, Rector y director del doctorado en salud colectiva, ambiente y sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar activista y defensor de derechos humanos, fundador del Centro de estudios de la salud CEAS, son reconocidos sus aportes teóricos en la medicina social latinoamericana, desde la corriente marxista ha consolidado una visión sobre la epidemiología crítica, la reproducción social y proceso salud enfermedad, así como el concepto de la triple carga en la mujer y las asimetrías de poder que se expresan en las nociones de etnia, clase social y género.

entender la salud, tanto como objeto, cuanto como el sujeto y las praxis sociales, y de esta forma determinar los paradigmas subyacentes a estos conceptos en cada texto consultado.

El estudio propone una aproximación epistemológica de la salud, identificando múltiples discursos acerca de la epidemiología. Al establecer estas diferencias, es evidente el aporte de la epidemiología crítica, en el marco de la MS/SC, para conocer los procesos determinativos de la salud, sobre las conclusiones del estudio, Breilh expone:

Como lo afirman estudios publicados por especialistas de varias universidades como la U. de Sao Paulo; U. de Campinas; U. Autónoma de Xochimilco; U. Nacional de La Plata; U. de Lanús en Argentina; U. Berkeley (U. California); y U. de Harvard; así como otros ubicados en entidades de la gestión pública internacional en salud (como el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud -ISAGS-Brasilia), la teoría de la determinación social de la salud que hemos construido e impulsado varios núcleos latinoamericanos, es uno de los aportes promisorios que hemos ofrecido al desarrollo de las ciencias de la salud colectiva. Nuestro modelo interpretativo es ya lo suficientemente robusto como para poder hablar de una epidemiología crítica latinoamericana que va constituyendo una tradición libérrima de una ciencia desvinculada de la lógica funcional y empirista que ahoga la vieja epidemiología. (Breilh 2014, 43)

No obstante lo anterior existe la preocupación por mantener la vigencia de esta propuesta latinoamericana, llenando lugares de validez entre intelectuales y científicos. En la idea de retomar los aportes de Tomas Kuhn sobre el concepto de paradigma, entendido como el consenso que se crea entre científicos para abordar una temática desde los niveles ontológicos, epistemológicos y metodológicos.

Aplicando este ideario de valoración y consenso a la MS/SC, algunos autores de esta corriente de pensamiento, han periodizado y definido hitos o acontecimientos al interior de la MS/SC, que ilustran aspectos de lo que podría entenderse como el posicionamiento de un nuevo paradigma.

Para destacar esta trayectoria en la MS/SC, se acude a la construcción propuesta por tres autores latinoamericanos que han sido participes de los propios avances en la región. Everardo Duarte, Asa Cristina Laurell y Jaime Breilh. Para Everardo Duarte Nunes, este proceso ha permitido la consolidación de un campo que atraviesa las fronteras de lo biológico y se dispone al encuentro con las ciencias sociales y humanas; es decir, se trata de una historia de ajustes y cambios al sentido único de la ciencia y abarca la construcción de un mosaico, posible para comprender desde la teoría de la complejidad.

La presencia de las ciencias sociales y humanas (antropología, sociología, economía, política, historia, filosofía, ética, estética) se consolidó y se considera fundamental para

la comprensión de los procesos de la vida, el trabajo, la enfermedad y muerte, así como la atención y las relaciones profesionales con el paciente. Estos planteamientos han sido posibles debido a que estos sujetos (los investigadores) utilizaron un arsenal de investigaciones guía teórico- conceptuales y la búsqueda de conexiones entre la dirección natural (el cuerpo biológico), social y cultural. (Nunes 2006,82)

El análisis de Nunes sobre el proceso de institucionalización de la MS/SC en Brasil, permite ver que ésta “se constituye como una estructura discursiva semiabierta, con inclusión continua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, que se incorporaron a lo largo de su historia”, en la que pueden identificarse cuatro etapas: i) la conformación de los escenarios informales para la discusión alternativa del problema salud-enfermedad-sociedad-atención; ii) la regularización de los discursos, las prácticas y las formas de organización del conocimiento y de la acción en torno a los problemas de salud-enfermedad-sociedad-atención a través de la estabilización de los escenarios de discusión, inicialmente dentro de las escuelas de formación en medicina y en ciencias de la salud, y posteriormente, a nivel de posgrados en salud pública, salud comunitaria y medicina preventiva, que viabilizó la agremiación en escenarios como la Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO; iii) la diferenciación y el reconocimiento social-científico del campo de la salud colectiva en el conjunto de las Instituciones de Educación Superior, a partir del cual hubo un mayor apoyo a la investigación en diversos temas, lo que significó, entre otras, la creación de medios de difusión seriados como la revista *Ciencia e Saúde Coletiva*, en el contexto de las luchas que de forma articulada permitieron la emergencia y consolidación del Sistema Único de Salud; y iv) la disciplinarización y profesionalización del campo de la salud colectiva, lo que ha permitido no sólo legitimidad sino también posibilidades de continuidad y trascendencia dentro del campo del conocimiento y de la práctica en salud (Nunes 2016, 39). En la siguiente tabla, se presentan las síntesis realizadas por los autores.

Tabla 2
**Momentos que caracterizan la medicina social salud colectiva
 latinoamericanas**

AUTOR	PERIODO	HITO	CONTEXTO EXPLICATIVO
Everardo Duarte Nunes (Nunes 1991- Nunes 2006)	Final de los años 60. Etapa I Escenarios informales	Un primer período en el que se puede hablar “pre-medicina social”, en el cual se organiza la visión médica en las nociones de higiene, salud pública y medicina preventiva. No se niega la preocupación por el nexo con las condiciones sociales de las poblaciones, no obstante esta, ligado a los asuntos comportamentales. Aun esta relación entre las dos esferas de ciencias sociales y ciencias de la salud es circunstancial y periférica en los análisis.	La superación de una visión enteramente biologizada e individualizada de la salud, así como la incorporación de lo social, sería un trabajo progresivo que inicia a final de los años 60.
	años 70 Etapa II	Necesidad de producir un marco alternativo que explique la problemática de la realidad médica y sanitaria del continente. Se afirma aquí el papel de las ciencias sociales para aportar en el concepto de lo colectivo sobre lo individual, primeros intentos por construir un nuevo objeto científico que sea integrador de estos campos.	Se postula que la manera de entender tal realidad es conocer y reconocer el carácter social del proceso salud-enfermedad. Disertación sobre medicina preventiva y modificaciones en los pensum de la región, principalmente en pregrado
	Etapa II 70-80	La salud colectiva, se asume como un campo multiparadigmático, interdisciplinario, formado por diferentes disciplinas que se distribuyen en un amplio espectro, nacido en las fronteras de conocimientos tradicionales, o en la unión entre las ciencias puras y aplicadas.	Estudio de Juan César García, sobre educación médica; Vinculación de científicos sociales con visión progresista.
	Años - 80	La salud en Brasil logra la universalización, sin embargo, se mantiene la agenda internacional, liderada por el Banco Mundial.	Privatización y mercantilización de la salud. En 1979, Brasil, nace ABRASCO, una lucha inicial de profesores e investigadores.

	90 en adelante	El tercer período busca una reflexión sobre el objeto de la medicina social se centra en la identificación de los espacios institucionales a partir de los cuales se elabora y practica el discurso que se construye: la Universidad, el Estado y la sociedad civil.	La medicina social, es asimilable a un campo de conocimiento y de práctica dialécticamente relacionadas.
	2000-2015	El nuevo campo o disciplina, construye una cultura al interior de su comunidad científica, redes de comunicación, asociaciones científicas y publicaciones propias. Explora formas de acreditación y es de “considerable autonomía”	35 años de la creación de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) y los 20 años de la revista Ciência & Saúde Coletiva órgano oficial de la asociación.

Fuente: Everardo Duarte Nunes (1991)

Elaboración propia

Por su parte, Asa Cristina Laurell⁷ distribuye la historia de la medicina social en tres etapas, cada una marcada por una agenda específica, a partir de un proceso dialógico entre la construcción de las categorías de análisis y sus aportes para incidir en el plano político. En primera instancia, una MS/SC ligada a las luchas populares vinculada con los movimientos político - sociales, donde emergen las categorías de análisis y la visión estructural e histórica del proceso salud enfermedad. La segunda etapa, a la que denomina la paradoja entre democracia y reformas a la salud, instalada en el marco de la reforma neoliberal a la salud y su fracaso como modelo para América Latina, y la tercera en la que a su juicio, en el marco de aparentes procesos de democratización en la región, dentro del pos liberalismo y con la argumentación de un discurso contra hegemónico, ante la salud como mercancía, se hace un llamado contundente a la participación social de la sociedad civil para llegar al plano político de la mano con gobiernos progresistas instalados por diez años en la región.

⁷ Investigadora de origen sueco, quien desarrolla su trayectoria laboral, académica y militante en México, médica, PhD en sociología, investigadora de la corriente de pensamiento de la medicina social latinoamericana. Docente y creadora de la maestría medicina social de la UAM Unidad Xochimilco, Secretaria de Salud del Distrito Federal 2000-2006 en el gobierno de López Obrador, investigadora y fundadora de la medicina social, sus aportes fundamentales están alrededor de la categoría salud y trabajo vinculado a las praxis sociales, experta en el análisis de las macro políticas en salud.

Tabla 3

Momentos que caracterizan la medicina social salud colectiva latinoamericanas

AUTOR	PERIODO	HITO	CONTEXTO EXPLICATIVO
Asa Cristina Laurell (Bolivia 2012-El salvador, conferencia 2014, Río de Janeiro 2017)	70-80	Fundacional Ligada a la discusión con la salud pública y su concepción desarrollista, la transformación agrícola y la concentración de pobreza y miseria en los ámbitos rurales y urbanos; el pensamiento médico biológico y la desigualdad en el acceso a los servicios. Crítica teórica y epistemológica al positivismo La MS/SC emerge como una posible fuerza contradictora a lo instituido por el modelo	En ese sentido, la etapa fundacional contiene un carácter histórico y social y la práctica y el saber médico deben ser analizados en el contexto de la sociedad en la cual se desarrollan. Configuración de la red de científicos organizada por Juan César García. Realidades de los movimientos sociales, ligados a las lógicas de cada país.
		Democratización y reformas de salud Se establece como una respuesta desde la MS/SC, a la agudización de la crisis económica de los Estados, cuya forma explícita son las reformas de salud, el auge de las políticas neoliberales, el informe del Banco Mundial “Invertir en Salud” y la disputa de la salud como bien privado y bien público.	La MS/SC, establecen una lucha entre concepciones, la defensa del derecho a la salud, responsabilidad ciudadana en la gestión, participación y control social, el auge de nuevos movimientos sociales de los cuales se desprenden nuevos campos a explorar tales como la equidad de género, interculturalidad, destrucción ambiental. De esta forma los retos para la medicina social y la salud colectiva se instituyen En resolver rigor conceptual, repensar lo público, profundizar una visión crítica frente a la salud pública, conocer y controvertir las reformas neoliberales.
		Post-liberalismo-Gobiernos progresistas Caracterizada por el fracaso de las reformas, debates permanentes alrededor de conceptos como protección social, universalismos, exclusión. La autora se centra en la gestión y en la política, ámbito en el que ella incursiona. Propone debates alrededor del sentido del Estado y el mercado.	En este período los principios de medicina social y la salud colectiva son: La democratización en salud mediante la participación y el control social, la centralidad de la institución pública, la igualdad, la solidaridad, la universalidad, el valor ético en salud.

Fuente: Asa Cristina Laurell, 2012, 2017

Elaboración propia

La autora en su trayectoria personal ha ocupado cargos administrativos y en salud, actualmente hace parte del equipo del presidente Andrés López Obrador en México.

En la siguiente tabla (4) aparece la perspectiva del recorrido histórico que propone Jaime Breilh, para cada una de las etapas plantea profundizar la epidemiología crítica. El autor ha generado nuevas categorías, recientemente incluye la sustentabilidad en el campo de la salud y la enfermedad. Para Breilh , los momentos corresponden a: *instalación*, que posteriormente va dando curso a *la configuración* por acción del consenso y del posicionamiento de categorías, hasta el momento de *consolidación*, caracterizado porque sus debates han ganado un lugar entre los teóricos, para explicar y abordar el objeto sobre el cual se construye el modelo.

Tabla 4

Momentos que caracterizan la medicina social salud colectiva latinoamericanas

AUTOR	PERIODO	HITO	CONTEXTO EXPLICATIVO
Jaime Breilh (2014-2016)	Instalación. años 70	Varios núcleos de la medicina social en la región se enfocaron en la relación entre el orden social capitalista y la salud, desde la noción de determinación social de la salud en la epidemiología.	La MS/SC interpela al paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone la noción de determinación social de la salud como herramienta para comprender la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir (Breilh 1977)
	Años 80	Respuesta a la crisis de la epidemiología funcionalista y desarrollo epistemológico y metodológico de la epidemiología crítica	Organización de fuerzas políticas, conformación del núcleo de ALAMES
	Diversificación de los 80- 2000	Pos industrialismo y dismantelamiento neoliberal de los derechos, se acrecientan la inequidad y la exclusión social.	Desarrolla conceptualmente la matriz de triple inequidad en la determinación de la salud –clase, género y etnia-);
	Consolidación de un nuevo sujeto de la epidemiología en los 90	Siglo XXI Aceleración de la acumulación económica por convergencia de usos peligrosos de la tecnología productiva, despojo y shock,	Construcción intercultural de una crítica de la sociedad de mercado – meta crítica
	2010-2016	Desarrollo de las 4”s” de la vida, como respuesta a la expansión y acumulación de capital, altas tecnologías y despojo. Sustentable , Soberna; Solidaria y Biosegura.	Metabolismo sociedad-naturaleza en interfase con la ecología crítica dialéctica

Fuente: Jaime Breilh (2014, 2016)

Elaboración propia

Sentado lo anterior, planteadas las diferencias y tensiones con la salud pública, y presentadas las bases históricas de la MS/SC. El presente estudio busca profundizar en el análisis sobre los aspectos que interfieren para que la MS/SC ocupe un lugar de

impacto sobre el objeto de la salud y los sujetos para quienes es concebida y sea validada entre académicos y tomadores de decisión.

Así mismo, esta investigación parte de un análisis crítico con perspectiva histórica a fin de responder las preguntas generadoras: ¿cómo se ha configurado la corriente de pensamiento de la MS/SC, en la región?, y ¿cuáles se constituyen en sus principales retos para lograr afinar sus propósitos como paradigma transformador? Este estudio enfatiza en que la historia de la MS/SC no es única en la región, ha presentado diferentes desarrollos y contradicciones, que emergen en cada una de sus prácticas, a saber: investigativa; de formación del recurso humano, e impacto en las praxis sociales transformadoras.

Lo anterior implica establecer los puntos centrales de la MS/SC, es decir señalar las prácticas que la mantienen como generadora de pensamiento y transformadora de realidades sociales, transitar por sus antecedentes, leer los contextos en medio de la diversidad social y cultural regional. Esta investigación se inscribe en el marco pluridisciplinario del doctorado de salud colectiva, ambiente y sociedad, tomando como base los paradigmas críticos de la salud y de las ciencias sociales, utiliza la dialéctica para develar en el proceso investigativo, en palabras de Breilh: “ver la investigación desde la dialéctica, no es ni un proceso puramente libre u autónomo, como tampoco es un proceso absolutamente determinado por la historia de la totalidad social; se gesta y modela en mentes y procesos concretos de la esfera particular, pero se reproduce y condiciona en el dominio de la totalidad” en fin se trata de explicar cómo se han organizado y explicitado las tensiones entre las posturas de la MS/SC y el pensamiento hegemónico en salud, así como las propias divergencias internas de la corriente de pensamiento.” (Breilh,2014,entrevista personal)

Como se ha mencionado, el período de análisis se realiza a partir de la década del 80, con el auge de la salud colectiva latinoamericana y la crisis económica mundial, hasta el 2016, en momentos de tensión entre gobiernos totalitarios y el cierre de los llamados gobiernos alternativos. La delimitación geográfica es América Latina, con un seguimiento particular a los acontecimientos históricos de la salud colectiva y la postura de autores con mayor producción teórica.. El documento en su totalidad en todos los capítulos intenta responder a las preguntas orientadoras del estudio

1. Cuáles son las diferencias interpretativas y las contradicciones al interior de la MS/SC y sus implicaciones epistemológicas?.

2. ¿Cómo se ha legitimado en la esfera pública la producción de conocimiento de la MS/SC con categorías analíticas y conceptos?
3. ¿En el espacio de encuentro de la corriente de pensamiento de la MS/SC, -Asociación Latinoamericana de Medicina social -ALAMES- se genera una esfera de producción/reproducción de poder simbólico?

Capítulo primero

Antecedentes de la medicina social/salud colectiva en América Latina

Introducción

La perspectiva crítica del estudio para el análisis histórico-epistemológico y social de la producción de la medicina social y la salud colectiva en América Latina, identifica los autores, los contextos y los momentos que han determinado

Esta primera aproximación busca dar cuenta de los aportes iniciales de la MS/SC, frente a la reproducción de las sociedades latinoamericanas en salud y principalmente contrastar las respuestas científicas y sociales para confrontar las esferas del poder, sobre clases y grupos sociales. El período de revisión corresponde a un contexto de regímenes de acumulación de capital donde las relaciones geopolíticas han marcado la región con grandes inequidades generando reacciones de académicos y movimientos sociales en defensa de los derechos humanos, del derecho a la salud y al buen vivir.

El capítulo organizado en tres apartados, revisa las principales tesis alrededor de la pregunta orientadora sobre: ¿Cuáles son las diferencias interpretativas y las contradicciones al interior de la MS/SC y sus implicaciones epistemológicas?

1. La relación salud-sociedad

La preocupación por comprender, estudiar y abordar la salud desde la dimensión colectiva como proceso social de la vida humana en el mundo occidental, tiene sus orígenes en la segunda mitad del siglo XIX en Europa, principalmente en Alemania, Inglaterra y Francia, en lo que se denominó pensamiento médico social. En aquella época, las investigaciones sobre las epidemias de las zonas urbanas, en expansión debido al proceso de industrialización, permitieron que las reflexiones en torno a la relación salud-enfermedad-sociedad, se cualificaran de cara a construir un nivel explicativo que permitieran superar la visión biológica, y por tanto orientaran las acciones para mejorar dichas condiciones (Rosen 1985).

Henry Sigerist recoge también parte de esta historia en su publicación *Civilización y Enfermedad* (1946), en la cual describe, de manera detallada, cómo la enfermedad, a pesar de ser tan antigua como la humanidad, cambia en sus

manifestaciones con cada uno de los procesos del desarrollo de lo que se conoce en occidente como civilización.

La enfermedad es entendida por Sigerist como la manifestación de un proceso en el cual los organismos vivos son incapaces de adaptarse a los retos que le impone el medio; por lo que se reconoce que no puede explicarse únicamente por la herencia sino por condiciones de transformación del medio creadas por el hombre en una “civilización edificada para el beneficio de los menos a costa de los más” (Sigerist 1946, 23).

El autor describe con detalle la forma en que las enfermedades relacionadas con la alimentación o el vestido tienen como causa principal la pobreza. De igual manera expone la relación entre economía y enfermedad a partir de la revolución industrial y la transición demográfica que llevó al hacinamiento en las grandes urbes, mostrando patrones de deterioro diferenciales entre los obreros y la burguesía que corroboran la premisa según la cual el trabajo afecta la salud y la calidad de vida de la gente. En su texto, Sigerist introduce también la relación entre enfermedad y vida social, a partir de la comprensión de la naturaleza grupal de los seres humanos, pues en la medida en que una persona se enferma, las consecuencias de este proceso involucran a su núcleo familiar social más cercano.

Esta mirada le permite al autor, describir los desarrollos y aportes desde el derecho en este campo. Por lo tanto, propone comprender la importancia de esta relación entre civilización y enfermedad, en un recorrido que permite ver como esta ha sido objeto de preocupación, atención y estudio de la filosofía, la historia, la ciencia, el arte, la música.

Finalmente, Sigerist hace una reflexión sobre como el hombre en su capacidad de “dominio de la naturaleza” ha podido luchar contra la enfermedad, teniendo la “medicina como su arma principal” (Sigerist 1946, 267). Sin embargo, aclara que aparte de la medicina y los desarrollos de la salubridad, es también la elevación del nivel de vida de los grupos humanos lo que permite confrontar la enfermedad. Fue un optimista al exponer que el progreso de esta civilización puede en algún momento acabar con la enfermedad, soñó con la reorganización de los servicios médicos, una cobertura de servicios cercanos a la gente y un perfil del médico, “empleado público (hombre de ciencia, trabajador social y educador) y una medicina que iría transformando la enfermedad en salud”, argumentando además que la financiación de tal ideal era un problema menor pues “se han resuelto problemas económicos más difíciles.” (Sigerist 1946, 280)

Cabe destacar en contraste con lo anterior, dos tendencias forjadas al calor de la cuestión salud-enfermedad-sociedad. La primera hegemónica, en occidente, fue la corriente médico-biológica, que anclada en los descubrimientos de la teoría bacteriana edificó, desde finales del siglo XVIII, una visión fragmentada y reduccionista a partir de la causalidad lineal de la relación salud-enfermedad -sociedad, considerando a la sociedad un factor contribuyente, sometido a la determinación biológica de los cuerpos humanos, dicha causalidad reconoció en los agentes infecciosos el origen único de la enfermedad, posteriormente, con el advenimiento de tecnologías y reconocimiento de otros focos adelantó explicaciones sobre la enfermedad con la multicausalidad, bajo la premisa de la que la salud y la enfermedad son de orden individual y lo colectivo apenas, si es escenario, es un factor en donde se expresa la sumatoria de las individualidades (Laurell 1982,69).

En oposición la segunda tendencia, planteó la necesidad de comprender la salud - enfermedad humana como un asunto determinado por las condiciones sociales y económicas, que debían reconocerse como causas de la enfermedad, por lo que lo biológico se encontraba determinado por lo social. Este pensamiento, inscrito en el liberalismo radical del siglo XIX, fue invisibilizado dentro del campo de las ciencias sociales en salud en occidente hasta mediados de la década del 70 del siglo XX, como consecuencia de la crisis de la salud pública moderna y sus modelos de atención y enseñanza en las ciencias de la salud.(Donnangelo 76,39)

En contraste con lo anterior la crisis de la salud fuertemente impulsada por la apuesta desarrollista, se hizo evidente con el aumento de los costos de la atención sanitaria, dados por la hiperespecialización de los profesionales y el direccionamiento hacia el consumo de fármacos y tecnologías de alto costo; el aumento de la iatrogenia por procedimientos médico-quirúrgicos; el estancamiento de indicadores de enfermedad y muerte, en niños y mujeres en embarazo particularmente en los “países en vías de desarrollo”; la no resolución de las necesidades por la alta inversión de los sistemas locales de salud en la protección de los intereses económicos de las industrias extranjeras; las bajas coberturas de los sistemas de salud, especialmente en las zonas rurales; entre otros, pondrían en tensión al modelo biomédico hegemónico (Nunes 1991; Breilh 1991; Quevedo 2000; Granados 2006).

Frente a esta crítica situación surgen tres formas de abordaje: Una clásica, una intermedia y una tercera en consonancia con los postulados de Sigerist y Donnangelo, señalados anteriormente.

La primera, basada en los postulados del neopositivismo y surgida en el seno del neoliberalismo económico en Estados Unidos, reconoció la salud-enfermedad como un bien de tipo privado, de goce exclusivo del individuo, lo que contribuiría de forma notable a contener la inversión pública en salud y cargar los altos costos de la atención sanitaria a los individuos, dando pie a la configuración del mercado irregular de la salud. Así el modelo de aseguramiento privado individual es la base para la organización de los sistemas de salud principalmente desde la década de 1980 (Breilh 1991; Nunes 1991; Quevedo 2000; OPS/OMS 2002; Hernández 2008).

La segunda, de origen europeo, aunque adscrita a la concepción de la salud-enfermedad, como un asunto individual, ha realizado un esfuerzo por elaborar una comprensión de la relación salud-enfermedad-sociedad, considerando a esta última como uno de los “factores” que intervienen en el origen de la morbilidad, y por tanto, emprende el análisis multicausal dando origen a la epidemiología social como disciplina, la cual será fundamental en la construcción ulterior, hacia la primera década del siglo XXI, en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, que reconocen la afectación de la salud por las condiciones sociales, económicas y políticas en los lugares donde se desarrolla la vida (Borrel 2009, 32).

La tercera propuesta, surge en América Latina, en medio de las corrientes críticas que interactuaban con postulados de las ciencias sociales, y los análisis estructurales que aportaba el materialismo histórico, estos constructos al incursionar en el campo de la salud logran una comprensión de la relación salud-enfermedad-atención, desde una perspectiva histórica, social, dialéctica y emancipadora, conformando así lo que será la corriente de pensamiento de la medicina social latinoamericana y su contribución para la superación de las desigualdades entre los grupos humanos, producto de la distribución desigual del poder, los recursos y las condiciones necesarias para producir salud (Laurell 1982; Nunes 1991; Granados 2006).

A continuación una explicación más profunda acerca de la génesis de medicina social y la salud colectiva en América Latina.

2. El origen de la medicina social latinoamericana

Dando contenido al sentido del capítulo sobre antecedentes de la MS/SC, en este apartado se hace preciso retomar como América Latina vivió las transformaciones y

tensiones del pensamiento en salud bajo la tutela europea, desde la conquista hasta las primeras décadas del siglo XX, cuando modificó su foco político, económico y de producción científica hacia los Estados Unidos de América, en otras palabras, transitó por la higiene pública francesa y la higiene pública norteamericana hasta cimentar su comprensión de la salud desde la propuesta norteamericana de la salud pública, durante los primeros lustros del siglo XX.(Quevedo 2000,41).

Los debates iniciales se plantearon en Europa, con el auge de la revolución industrial-.y el aporte de los trabajadores permitió establecer la conexión entre las condiciones de trabajo y las patologías, perfilando las relaciones entre las condiciones sociales y materiales con la salud y la enfermedad. Sin embargo, esta tendencia es diferente a la planteada por Foucault para quien la medicina social, tiene orígenes en la medicina del Estado como policía médica en Alemania, medicina urbana en Francia y medicina del trabajo en Inglaterra (Nunes 1991,89).

Al respecto, los aportes del prusiano Rudolf Virchow, a mediados del siglo XIX, son vigentes y en su momento fueron visionarios; él alertó tempranamente, acerca de cómo en el trabajo y en el acelerado crecimiento de la industria se construían amenazas para la salud y el ambiente. En sus argumentaciones, Virchow utilizó los estudios de Engels para demostrar la relación entre pobreza y enfermedad, destacando la importancia de estructura de clase social.

Su influencia en la medicina social latinoamericana es directa, por el vínculo desarrollado con algunos de sus discípulos; entre ellos destaca Max Westenhofer, patólogo alemán, quien dirigió el departamento de patología, en la escuela de medicina de la Universidad de Chile y tuvo entre sus estudiantes a Salvador Allende. (Waiztkin 2006,87)

Ya en América Latina, son particulares las contribuciones de los médicos Salvador Allende y Ernesto Guevara. Allende, describió en su texto “La realidad médico social chilena” (1939,55) el nexo entre las condiciones económicas y sociales del subdesarrollo, demarcadas por las características del proceso de trabajo y sus efectos en la producción de la enfermedad con la dependencia internacional generada para acceder a tecnologías y medicamentos. Igualmente, alertó sobre las desiguales sociales evidentes en poblaciones como la infancia, las mujeres y los obreros que a la vez se expresaban en el aumento de la carga de la enfermedad.

En 1950, como senador, Allende impulsó la reforma chilena, que condujo a la organización del Servicio Nacional de Salud de ese país, y fue pionero en América

Latina al postular la necesidad de la garantía del acceso universal a la atención médica, de la mano con otras protecciones sociales, como la distribución más equitativa del ingreso, mejoras en la seguridad laboral, vivienda, nutrición, y la reducción de la participación en los asuntos sociales, por parte de las corporaciones multinacionales en Chile, viabilizando una mayor presencia del Estado, lo cual llevó al terreno legislativo como presidente (Waitzkin 2006, 315).

Por su parte, Ernesto Guevara médico argentino, conocido por sus luchas revolucionarias en el continente, principalmente en Cuba y Bolivia, mantuvo interés por la salud, según Taibo, Guevara, dejó inconcluso un texto sobre medicina social, denominado “El papel del médico en Latinoamérica”, planeado como un ensayo de catorce capítulos sobre la salud pública, los problemas clínicos, la economía de la enfermedad en la geopolítica, y las proyecciones sobre el “futuro socialista” de la medicina social en el continente (Gofin 2006, 37).

Las condiciones sociales del continente, marcadas por la desigualdad y la pobreza, así como por un orden político cruzado por la corrupción y los golpes de Estado, condujeron a grandes debates ideológicos que llevaron, tanto a Guevara como a Allende, a liderar procesos de transformación social, encausados por vías diferentes; mantuvieron la convicción de establecer un nuevo modelo societal.

Este tránsito vivido con agitación por los académicos e intelectuales latinoamericanos de la salud, durante la primera mitad del siglo XX, contó con la intervención directa y la cooperación internacional por dos vías: la naciente Organización Panamericana de la Salud con la misión de contribuir en el modelo desarrollista y de planificación para la región y la filantropía de organizaciones como Rockefeller y Milbank, con intereses definidos en lograr mayores divisas producto de la explotación de recursos naturales e inversión en programas de policía médica para el control de la natalidad.(Quevedo 2000; OPS/OMS 2002; Brown 2006).

Los mencionados organismos bajo el esquema de la filantropía financiaron acciones e investigaciones en salud; asesoraron a los gobiernos locales para fortalecer la institucionalidad; de cara, por un lado, a proteger los intereses de la industria norteamericana en la región y, de otro, afianzar su liderazgo mundial en el campo de la salud. El foco de este desarrollo de la relación salud – enfermedad – sociedad fueron entonces las enfermedades tropicales, las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades carenciales; todas ellas con el núcleo común de mantener la productividad de la mano de obra latina en los enclaves norteamericanos de la región y proteger a los

trabajadores norteamericanos que acompañaban técnica, política o militarmente las acciones en la región (Breilh 1991; Quevedo 2000).

Este posicionamiento, también incide en la transformación de la enseñanza de la medicina, en la década de los 50 y 60 del siglo XX, con la incorporación de las ciencias sociales (entonces concebidas como ciencias de la conducta) a los currículos de pregrado y la integración de la medicina preventiva y abordaje biopsicosocial de la salud de los individuos (Nunes 1991, 78).

Lo anterior fue ampliamente difundido en diferentes escenarios liderados por la Organización Panamericana de la Salud, entre los que se destacan: la Conferencia de Colorado Spring, Estados Unidos en 1952, la Conferencia de Francia para los países de la Europa Occidental también en 1952, la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, realizada en Londres en agosto de 1953, que dedicó una de sus cuatro sesiones al tema de la enseñanza en medicina preventiva; y en 1950, el Primer Congreso Panamericano de Educación Médica (Nunes 1991; Quevedo 2000). La discusión de la educación médica y la necesidad de una medicina preventiva se suscitaron en medio de las transformaciones del período de la postguerra, marcadas por la redefinición de las relaciones entre las grandes potencias capitalistas que tuvieron como punto central la hegemonía económica, política, militar e intelectual de los Estados Unidos sobre la región de América Latina (Nunes 1991, 67).

Con la expansión económica estadounidense de la década del 50, ocurrió también una intensificación de la producción industrial manufacturera, especialmente en países como Argentina, Brasil, Chile y México; lo que trajo como consecuencia para la región un nuevo modelo de acumulación basado en la sustitución de importaciones, así como una mayor participación estatal en este proceso de acumulación basado en el aumento de la productividad de la fuerza de trabajo. Lo cual significó a su vez, la adopción de políticas como la seguridad social y los programas de saneamiento ambiental en zonas agroexportadoras, que se servían entonces de una idea asistencialista de la salud, basada en el enfoque de medicina preventiva, bajo la tutela de los Organismos de Cooperación Internacional (Nunes 1991; Breilh 1991; Quevedo 2000; OPS/OMS 2002; Brown 2006).

Para este período estuvo en boga la visión ecológica de la enfermedad basada en el círculo vicioso de interacción entre pobreza y enfermedad, para superarlo se proponía que los países deberían mantener un mismo nivel de desarrollo económico comparado con los países desarrollados, con la premisa de invertir iguales recursos bajo iguales

estructuras de salud. El horizonte lo marcaba la idea desarrollista que afirmaba, en general, que el desarrollo económico, traería un mejor nivel en salud. (Nunes, 1991,79:)

Ya en los 60, con el descenso de la economía latinoamericana que había logrado un impulso en la primera mitad de los 50, los países latinoamericanos que migraban hacia un desarrollo industrial capitalista, recibieron una inversión masiva de capital extranjero utilizado, por los sectores más dinámicos de la economía; sin embargo, éste se vio afectado porque no hubo el aumento de empleo esperado por los teóricos desarrollistas para disminuir el “ejército industrial de reserva”. Este período estuvo marcado por los Acuerdos de Punta del Este, provenientes del sector hegemónico imperialista, cuyo propósito eran las reformas en los países latinoamericanos en torno a una ideología de modernización y progreso. Un producto de estos acuerdos fue la Alianza para el Progreso, que incluyó al sector salud dentro de un incentivo de planificación económica y social (Nunes 1991; OPS/OMS 2002; Quevedo 2000).

Este enfoque que en los primeros años logro resultados positivos, se estancó y a mediados de los años 60, condujo a varios países de la región, a mayor precariedad de sus condiciones de vida, en especial, de salud y trabajo, más intenso en las zonas rurales y en la periferia de las zonas urbanas, lo que significó una importante emergencia de movimientos sociales ante la agudización de los problemas que afectaban sus condiciones de vida junto con la incapacidad de las políticas estatales para darles una solución satisfactoria. Algunos de esos movimientos sociales en auge, lograron una serie de expresiones políticas diferentes, que en países como Argentina y Perú resultarían en el intento de instaurar gobiernos populares y nacionalistas; y que en otros como Chile y Bolivia lograron prosperar hasta proyectos de transición al socialismo (Nunes 1991,89).

Sin duda alguna, en la región, este debate fue agitado por el triunfo de la Revolución Cubana en 1959, momento a partir del cual la isla se convirtió en referente obligado de consulta e ideal para los países latinos, por las transformaciones que emprendió no sólo en educación y salud, como pilares de la sociedad cubana, sino también en la distribución de la riqueza para cubrir las necesidades de la población. Estas medidas rápidamente ubicaron a Cuba, como un lugar preferencial por sus resultados de salud con situaciones muy favorables tales como la erradicación de la muerte de niños y niñas menores de 5 años a causa de hambre, logro que no obtuvo ningún otro país de la región pese a la inversión extranjera y nacional en la provisión de servicios de salud, lo que aumentaría la discusión respecto a la relación salud-enfermedad-sociedad (Nunes 1991; Breilh 1991; Rojas 2009).

Los cambios en Cuba iniciaron con una fuerte crítica a la medicina preventiva y la salud pública moderna, dando lugar a la convergencia de actores que intentaban, desde la perspectiva del materialismo histórico, interpretar la distribución desigual de la calidad de los grupos sociales en la región, la reproducción social de las condiciones de salud-enfermedad-atención; discusiones gestadas en el marco de los pregrados y posgrados universitarios de medicina, principalmente, de la mano con grupos sociales como sindicatos, indígenas, comunidades urbanas y rurales.(Quevedo 2000, Breilh 1991)

De forma concomitante con la situación descrita y reconociendo la crisis en salud de la región, hacia finales del 60, se da inicio a un proceso de revisión de las experiencias de enseñanza médica, incluyendo las ciencias sociales, con el apoyo de la división de recursos humanos de la OPS, en cabeza de Juan César García. Su propósito era identificar las diferentes lógicas de los currículos, como también las diferentes corrientes de pensamiento que cobraban vida en las escuelas de medicina.

Desde ese momento hasta mediados de la década de 1990, la OPS realizó una labor intensa de acompañamiento sobre la enseñanza de las ciencias de la salud y apoyó diversos proyectos de fortalecimiento de los profesionales con capacidad para realizar planeación en salud. Como parte de este aporte, en 1972 se realizó la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, con la meta de garantizar, a través de la intervención del Estado, la salud como un derecho inalienable para todos los individuos, por lo que se requería de forma prioritaria la extensión de los servicios de salud y la racionalización en el uso de los recursos, así como lograr la participación de la población en un ejercicio de planificación (Nunes 1991; Brown 2006).

Estas formulaciones se profundizarían, especialmente a partir de 1977, a través de la promoción de la atención primaria en salud, cuya Declaración de Principios sería elaborada en el año siguiente en Alma Ata. En septiembre de 1977, la IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas formuló la propuesta para la Conferencia Internacional de Salud de 1978. Sin duda, Alma Ata representó un escenario de conciliación de las potencias en el marco de la guerra fría, en torno a un tema estratégico de la calidad de vida y la salud; y a partir de este, desarrollos posteriores relacionados con la organización de los sistemas de salud, la provisión de servicios esenciales, las discusiones sobre política farmacéutica y la producción de conocimiento estarían marcados por la disputa entre las potencias en conflicto en el marco de la Salud Internacional (T. C. Brown 2006, 66).

La afortunada presencia de promotores de la medicina social como funcionarios en la OPS permitió una mirada amplia e integradora del sector salud y del papel de la oficina de recursos humanos, desde este organismo. La participación de María Isabel Rodríguez, salvadoreña, primera mujer decana de la facultad de medicina, exiliada entre 1972-1978 en México, viabilizó transformaciones que, en el campo de la educación superior, y particularmente en el campo de la salud, se estaban produciendo en América Latina. Contribuyó al desarrollo de centros de enseñanza e investigación y cooperó activamente con la creación y desarrollo de la Universidad Autónoma Metropolitana - UAM-X y, en especial, la maestría en medicina social.

Juan César García, Miguel Márquez y otros pensadores de la corriente de la medicina social, aliados estratégicos de Rodríguez, encontraron en la OPS, un nicho para la difusión de sus planteamientos respecto al origen socio histórico de las desigualdades de salud – enfermedad en la región, al tiempo que se constituyó en escenario para el intercambio e incluso el refugio de los y las pensadoras críticas de la salud durante las dictaduras latinoamericanas de las décadas del 70 y el 80 (Galeano 2011, 37). Aspectos que serán profundizados en los siguientes capítulos.

3. Prácticas de la medicina social latinoamericana

Los estudios sobre la trayectoria histórica y epistemológica de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva son escasos. La búsqueda a través de las bases de datos de publicaciones académicas utilizando los términos: Historia, Medicina social, y Epistemología, apenas arrojan un par de docenas de documentos al respecto. Por consiguiente, ha sido necesario recurrir a la metodología de bola de nieve y a la referencia directa de los protagonistas y constructores de esta corriente de pensamiento para reconocer elementos estructurantes de su trayectoria, y para perfilar la vigencia de sus planteamientos en el marco de la discusión global sobre relación salud-enfermedad-sociedad desde la perspectiva de los derechos humanos y las luchas sociales por su conquista.

Una vez hecha la búsqueda y recopilado el material, fueron seleccionados 20 estudios, que permiten elaborar una visión general de la trayectoria histórica y de la discusión epistemológica sobre el objeto y los métodos de estudio de la medicina social latinoamericana, al tiempo que documentan su desarrollo diferencial según autores de

la región pioneros en esta corriente. Estos estudios se presentarán cronológicamente en el documento, según su fecha de publicación, con el interés de rastrear su evolución, de cara a reconstruir los elementos relevantes de la trayectoria de la medicina social latinoamericana.

A continuación se realizará una descripción general sobre los principales desarrollos de la MS/SC, a saber, la investigación con el aporte de nuevas categorías y reinterpretación del objeto salud; la academia y los ajustes a las curriculas, que incluye la vinculación de las ciencias sociales y las dos anteriores ligadas a las realidades y procesos emancipatorios de las comunidades.

El primer estudio sobre la trayectoria de la medicina social latinoamericana fue auspiciado por la OPS en alianza con la ALAMES, y publicado en 1991 con el título

“Debates en Medicina social” en Quito (Ecuador). Surge en el contexto de una profunda discusión sobre los alcances, los desafíos y las necesidades de transformación de la salud pública a fin de superar su crisis y en reconocimiento de los avances que la medicina social latinoamericana podía aportar a dicha discusión.

En este estudio, Saúl Franco, Everardo Duarte Nunes, Jaime Breilh y Asa Cristina Laurell, (1991) representantes de la corriente de medicina social, presentan una disertación teórica y metodológica respecto al objeto, los métodos y la práctica investigativa de la medicina social latinoamericana. Los autores parten de reconocer que si bien la salud pública y la MS/SC tienen orígenes comunes al ser expresiones de la comprensión de la relación salud-enfermedad-sociedad, se diferencian no solo en el abordaje de dicha relación, sino fundamentalmente en la concepción del objeto de estudio en sí mismo. Concepción que es expresada por la medicina social así:

Toda temática que toque con la vida humana, con la salud, con la enfermedad o con la muerte en cuanto se aborde y analice como entidad y realidad histórico-social, con la rigurosidad y metodología que tal identidad requiere, es un tema médico-social. La identificación entonces es de objeto, conceptual y metodológica, y no exclusivamente temática. Que la Medicina social es al tiempo un saber y una práctica - mejor: un conjunto de prácticas es la otra premisa del trabajo y condición de esencia del tema. [Entonces...] serán prácticas médico-sociales aquellas que, basándose en un esquema conceptual y modelos metodológicos [histórico – sociales], se concreten en procesos de activación de las diferentes fuerzas sociales hacia la transformación positiva de sus condiciones de vida y de salud. Caben entonces prácticas pedagógicas e investigativas; acciones al interior de movimientos sociales y políticos; acciones en los terrenos de la legislación, y la organización popular, el debate político, las luchas gremiales y sindicales en el terreno de la salud, y muchas otras formas de acción social (Franco y Nunes 1991, 8-9).

Siguiendo esta premisa, Everardo Duarte Nunes presenta bajo el título “Trayectoria de la medicina social latinoamericana: elementos para su configuración” un estudio del período 1950-1985, ordenando sus tesis alrededor de las prácticas desarrolladas dentro del campo de la medicina social, la práctica pedagógica, la práctica teórica y la práctica social, con la expectativa de analizar la trayectoria histórica de la medicina social latinoamericana y el propósito de valorar sus contribuciones teóricas y metodológicas.

En primer lugar una descripción sobre la práctica pedagógica, el autor señala como inicia con el cuestionamiento de la enseñanza de la medicina, y el proceso de reformulación en el que estuvo implicada hacia la década de los 50 y 60 del siglo XX con la incursión de la enseñanza de ciencias sociales, en los cursos de pregrado de medicina (Nunes 1991, 89).

Según el mismo autor, esta incursión de las ciencias sociales en el pregrado de medicina surgió, en esencia, por un esfuerzo de repensar la educación médica con base en propuestas que buscaban integrar varios niveles de análisis, así como en una crítica a la biologización de los contenidos. Manifiesto que queda expresado de la siguiente manera: “en la filosofía de la educación propuesta, se insistía en la atención integral del individuo y su familia, en la formación biopsicosocial, en la práctica de la medicina integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, en el conocimiento y participación en la solución de los problemas de salud de la comunidad” (Nunes 1991, 90).

Al mismo tiempo, Nunes sitúa en estos escenarios de diálogo internacional sobre la educación médica y, en particular, sobre la medicina preventiva, un punto de giro esencial para la diferenciación entre ésta y la medicina social; pues es entre estos fenómenos que surge, en 1974, a través de uno de los documentos técnicos de la OPS, una primera conceptualización acerca de la medicina social. Este primer acercamiento teórico, visualizó la medicina social como un ejercicio diferenciador de la salud pública, alrededor de su objeto de estudio, que, en ese entonces, se asumió como “el campo de la práctica y los conocimientos relacionados con la salud como su preocupación principal, con la propuesta de estudiar la sociedad, analizar las formas corrientes de la interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica” (Nunes 1991, 129).

Dicha conceptualización presionó entonces a una reelaboración de los conceptos, las prácticas y las temáticas impartidos en los cursos de medicina preventiva dentro de los currículos médicos a nivel de pregrado, lo que significó un impulso para

los científicos sociales de la salud en América Latina que fueron caracterizando y disputando un espacio particular para la medicina social.

Siguiendo a Nunes, por ejemplo, en el caso de Brasil, para 1970, las discusiones entre medicina preventiva y medicina social que se venían haciendo desde décadas anteriores, en espacios de encuentro entre los docentes de los departamentos de medicina preventiva y lograron un nivel de maduración evidentes en las reflexiones de Arouca, quien en busca de una clara diferenciación entre ambos conceptos planteó que:

existiendo formaciones discursivas en confrontación, que se definen en relación a la organicidad de sus discursos, la Medicina Preventiva parece como una práctica ideológica, orgánicamente ligada a los grupos hegemónicos de la sociedad civil y existiendo como una norma que se instaura, por sus propias contradicciones, en el terreno de la articulación de la medicina con lo económico. Por otro lado, la Medicina social intenta realizar una ruptura con esta postura ideológica y delimitar su objeto de estudio, a partir de lo cual podría producir conocimientos que contribuirían para una acción transformadora. Se trata de un discurso que procura su organicidad en la contradicción de las clases sociales, asumiendo una posición delante de estas contradicciones, en la teoría.” (Arouca 1975, citado por Nunes 1991,33)

Igualmente, Nunes señala que estas reflexiones, se sitúan también, teórica y metodológicamente, en la crítica que se hace a la sociología médica funcionalista que desde los años 50 se expresaba en los planteamientos de Parsons con su tratado general de los sistemas sociales, pues se asumía que la medicina preventiva contribuía a una concepción estadística de los problemas de salud, provocando que la salud se entendiera como un valor, una función, y un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, ocultando las relaciones dinámicas entre la salud y los demás procesos sociales.

Es en este escenario teórico en el que Laurell percibe un panorama preocupante, marcado por una “crisis de generación de conocimientos”, que se acompañaba a su vez por una crisis en la práctica médica, en tanto que era incapaz de “transformar sensiblemente las condiciones de la salud de la población.” (Nunes 1991,121)

Para Nunes, este momento es esencial para la práctica pedagógica de la medicina social en el pregrado, pues, como lo plantea Laurell, la práctica médica en los países latinoamericanos se encontraba en estado crítico, en medio de una crisis económica y de educación, que tenía como puntos centrales, los siguientes:

- La suposición “desarrollista” de que las condiciones de salud colectiva mejorarían como resultado automático del crecimiento económico.
- El desarrollo de la atención médica hospitalaria tampoco ha implicado un avance sustancial en la salud de los grupos cubiertos por ella.

- La distribución de estos servicios entre los diferentes grupos y clases sociales -que están en relación inversa a las necesidades de cada uno- indica que no depende de consideraciones técnicas y científicas, sino principalmente de consideraciones económicas, políticas e ideológicas.
- [La observación empírica de] que la pertenencia de clase explica mucho mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en la población y el tipo de patología que predomina.” (Nunes 1991, 34-35)

Sin embargo, esta situación, planteó un escenario favorable no sólo para la incursión de las ciencias sociales en la enseñanza médica, sino que se constituyó en una oportunidad para reorientar dicha enseñanza superando los postulados de la medicina preventiva y haciendo un tránsito hacia la medicina social.

En ese contexto, en 1972, la OPS, en cabeza de Juan César García, realizó un estudio sobre la educación médica en América Latina, en el que verificó que todas las escuelas médicas tenían un espacio encargado de la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales, denominados de forma diferente en cada caso, lo que impedía ubicar aún el área específica de la medicina social. Todos los espacios de enseñanza de las ciencias sociales en el pregrado estaban inscritos en las ciencias de la conducta o del comportamiento, las cuales según Berelson, citado por Nunes, pretendían en primer lugar integrar en sus enfoques interdisciplinarios la centralización de un problema, pues ese concepto sería más amplio que el de ciencias sociales; y en segundo, evitar la confusión y los equívocos entre ciencias sociales y socialismo. A este respecto, Nunes afirma “en el centro de las ciencias del comportamiento se encuentran las versiones americanas de la antropología, la psicología y la sociología” (Nunes 1991, 145).

Un hito importante fue hacia la segunda mitad de la década del 70, con la creación de cursos de posgrado en medicina social, lo que significó un gran impulso reorientador para la incorporación de una perspectiva de las ciencias sociales en la medicina. En ese sentido, fue en 1973, como resultado de un proyecto del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- apoyado por la OPS y la Fundación W.K. Kellogg, que se creó en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, el primer curso de medicina social; y posteriormente, en 1975, un programa de Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana de México, Xochimilco, también con cooperación de la OPS (Nunes 1991).

El programa de Maestría en Medicina social, según explica Laurell, hizo necesaria la creación de un marco teórico que partiera de la proposición en la que se considera que “el proceso salud enfermedad, el ejercicio de la medicina y la ciencia médica son partes dinámicas de determinada sociedad y en ella encuentran su

explicación. Por lo tanto, es necesario estudiar los fenómenos mencionados con metodología y técnicas sociológicas” (Nunes 1991, 129).

Nunes documenta que la práctica pedagógica de la Medicina social Latinoamericana se fortaleció después de mediados de la década de 1970 por el surgimiento de los programas de posgrado y la subsiguiente creación de Institutos o Centros especializados de Investigación orientados por esta corriente. Por ejemplo, en el caso de Brasil, la enseñanza de posgrado *lato sensu*, contaba, en 1987, con 23 programas de residencias, 30 cursos de especialización y *stricto sensu*, con 11 cursos de maestría y doctorado. Todos ellos, aunque con diferentes denominaciones, incorporaban las ciencias sociales a la enseñanza médica, orientados por el concepto de salud colectiva, con el fin de significar el proceso de trabajo y de producción de recursos humanos que se realizaban en distintos centros de formación: facultades de medicina, escuelas de salud pública (Nunes 1991,132).

Nunes señala, además, que Ecuador, Venezuela y Cuba también inauguraron cursos de posgrado que incorporaban las ciencias sociales como eje orientador del análisis de la relación salud – enfermedad – sociedad desde la perspectiva socio histórico.

En el caso de Venezuela, Nunes retoma el estudio de Castellanos sobre la situación de las ciencias sociales en su país. El autor señala que el seminario de 1976, sobre metodología de las ciencias sociales aplicadas en salud, auspiciado por la Universidad Católica Andrés Bello y con colaboración de la OPS, fue fundamental pues permitió una revisión de la metodología de investigación. Esto posteriormente permitió la apertura del área de salud en el Centro de Estudio del Desarrollo (CENDES), en la Universidad Central de Venezuela, desde donde se fortalecieron la investigación y docencia en planificación, y concretizó, más tarde, la idea de un curso sobre Política y Planificación en Salud, que sería referente para América Latina.

El abordaje de las ciencias sociales en el ámbito de la medicina, también se expresó en la Universidad de Carabobo, a través de las actividades del Centro Venezolano de Estudios en Salud (CEVES). Otras experiencias significativas en este período fueron las tentativas de reformulación curricular en la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Francisco de Miranda, así como las propuestas del área de odontología de la Universidad Central de Venezuela y de la Universidad de Zulia. A su vez, en Cuba, se instaló una Maestría en Salud Pública, en la Universidad de la Habana, que se estructuró para reflexionar y abordar en la práctica las cuestiones de salud y

sociedad, y servicios de salud en el marco del proceso de transformación acontecido por la Revolución Cubana de 1959 (Nunes 1991, 135, 149).

La arista final sobre la descripción de la trayectoria de la medicina social latinoamericana, como lo ha planteado Nunes se refiere a la práctica social o emancipadora, se recuerda que la académica fue abordada en la introducción de este documento. Como se ha dicho en relación con el aporte a movimientos y organizaciones sociales, al ser una corriente de pensamiento ligada a madurar respuestas para las problemáticas y desigualdades que afectan la salud. Al respecto, el autor reconoce la configuración de la salud en América Latina dentro de la administración del Estado. Encuentra allí un terreno de trabajo para abordar la inserción de las ciencias sociales en la salud, para estructurar la respuesta a las necesidades de la población desde el poder del Estado, que en el caso de América Latina ha sido instrumento de acumulación para las oligarquías nacionales; y que hace un viraje para superar la visión de la beneficencia y la caridad sólo a partir de los duros cuestionamientos de los movimientos sociales en la década de 1970. Viraje al que los estudios de los científicos sociales de la medicina social aportarían de forma sustantiva a la hora de reorganizar, por ejemplo, los sistemas de salud, como en el caso de Brasil o México (Nunes 1991, 138).

Sin embargo, este impulso de los años 70 del siglo XX fue limitado por la crisis económica de la década siguiente que generó una contracción de los recursos y los esfuerzos de los Estados por pensar la salud en el marco de los derechos y de la calidad de vida. Sumado a la injerencia de los organismos internacionales en las decisiones sobre política macroeconómica, que terminó limitando aún más la capacidad de los sistemas locales de salud para atender las necesidades de la población, al entender la salud como un bien privado de resorte individual. Esto significó una reorientación, durante la década de 1990, de los sistemas de salud a modelos fragmentados, en muchos casos de aseguramiento individual privado; requiriendo de los científicos sociales de la medicina social latinoamericana, la producción de análisis y estudios que evidenciaran el impacto negativo de estas medidas sobre la población, en especial sobre las clases sociales más frágiles.

Esta situación estuvo contextualizada en procesos de modernización del Estado, similares para los países latinoamericanos y caracterizados, según López y Blanco, por:

- Eliminación de la condición del Estado propietario, al vender propiedades y activos estatales.

- Limitación de su papel redistributivo al impedir el uso del gasto público como dinamizador de la economía.
- Restricción de su capacidad para regular las relaciones de clase, al abandonar la tutela sobre el trabajo.
- Reducción de su compromiso social al evadir su responsabilidad como garante de derechos constitucionales.
- Desmantelamiento selectivo, mercantilización de las instituciones estatales, privatización de lo público rentable.
- Fortalecimiento de su capacidad de control sobre las variables macroeconómicas.
- Desarrollo de mecanismos para desregular la economía, liberalizar el comercio y conformar mercados estables.
- Intervención frente a las “imperfecciones” del mercado, desarrollando acciones selectivas y focalizadas para compensar sus “fallas”.
- Compactación de sus estructuras burocráticas y descentralización de su operación institucional.

Puntualmente, se promueve la responsabilidad individual sobre la salud a través de la intensificación en la promoción de hábitos de vida saludables, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) sustentan la necesidad de aumentar la presencia de capital privado nacional y extranjero mientras se daba curso a la primera reforma en salud (López y Blanco, 2001, 44).

Es en este contexto, que el pensamiento de la medicina social latinoamericana se configuró como una perspectiva alternativa en el campo de la salud, con algunas propuestas y respuestas concretas a nivel temático y nacional frente a estas duras crisis en la región. Cabe aquí señalar algunos ejemplos presentados por Nunes. En el caso de Brasil, se fundó el Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) en 1976, y que cumplió un papel importante en el debate sanitario. En 1979, se creó la Asociación Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) con la preocupación básica de ser el organismo coordinador de las actividades de salud colectiva (Nunes 1991, 107).

En Ecuador, desde 1979, se creó el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) que ha tenido una rica producción teórica y una activa participación en los debates sanitarios y en la formación de personal de alta calificación en salud. Más recientemente se creó el Instituto Juan César García, Fundación Internacional de

Ciencias Sociales y Salud (Nunes 1991,109).

Por su parte, en otros países de la región también se concretaron esfuerzos organizativos. En Venezuela, tratando de agrupar sectores vinculados a investigación y trabajo en el campo médico social se constituyó la Asociación Venezolana para el Desarrollo de la Investigación en Salud (AVEDIS); mientras en Chile se conformó el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina social (GICAMS); en Uruguay se articuló el Grupo de Ciencias Sociales y Salud; en México se instaló el Grupo de Estudios de Salud (GES); en Colombia se conformó el grupo Salud Colombia y en República Dominicana se articuló la Asociación Dominicana de Estudios de Salud (ADES).

En 1984, tratando de articular los grupos existentes en América Latina y de estimular la creación de otros, se fundó en Ouro Preto, Brasil, la Asociación Latinoamericana de Medicina social (ALAMES), espacio que ha venido impulsando el desarrollo teórico, el intercambio de informaciones y el incremento de los debates y la más activa participación de sus asociados en la discusión y solución de los problemas de salud desde la perspectiva médico-social, vinculándose a iniciativas mundiales como la Asociación Internacional de Economía de la Salud que intenta articular los grupos a nivel mundial (Nunes 1991, 235).

Con respecto a la fundación de la Asociación Latinoamericana de Medicina social (ALAMES) Saúl Franco, en la conmemoración de los 25 años de la Asociación, en el año 2009, decía:

Queríamos construir un espacio de producción y discusión conceptual sobre la naturaleza y dinámica sociales de los fenómenos de la salud y la enfermedad; sobre los órdenes de determinación de dichos fenómenos; sobre el papel del Estado en salud y los sistemas de prestación de servicios de salud en nuestros países. Queríamos configurar un espacio y desarrollar unos mecanismos de acción y movilización política en salud de signo contrario a la dominante, partiendo del reconocimiento de que la salud es un derecho humano fundamental y no una obra de misericordia, una dádiva del gobernante o una mercancía sujeta a la compraventa y, por tanto, disponible para quienes tengan con qué comprarla y esquivada o negada para quienes no puedan hacerlo. Y queríamos apostarle además a la búsqueda, todavía hoy inconclusa, de formas de articulación, organización y coordinación regional para hacer posible una expresión colectiva, una presencia consistente y una cierta eficacia en la acción, sin desconocer las diferencias de historias y tendencias tanto al interior de cada país como en el conjunto latinoamericano. A pesar de tener claro el contexto y las metas, debemos reconocer que ni teníamos ni tenemos totalmente claro el cómo, tal como lo enunciare más adelante. (Franco 2009, 8)

La vigencia del pensamiento de la medicina social en lo organizativo no es cuestionable, principalmente en el contexto político que vive el continente, con el cierre de los pocos espacios que tuvo la democracia con los llamados gobiernos alternativos en la región y la agudización de regímenes puestos al servicio de los intereses del mercado.

Los aportes del profesor Everardo Duarte Nunes, son fundamentales en este estudio, pues su formación y desarrollo investigativo han contribuido a describir lo que ha considerado la institucionalización de esta perspectiva social de la salud. al cumplir con las etapas propuestas por: (Collyer citado por Nunes 2012,56)

Se produce la consolidación del nuevo campo o disciplina, construyendo su cultura dentro de la comunidad científica, con sus redes sociales de comunicación, asociaciones científicas y publicaciones propias; se trata de un momento en el cual la disciplina establece distintos programas, y formas de acreditación de “considerable autonomía” por parte de los miembros senior de la disciplina en sus respectivos departamentos. (Nunes 2012, 56)

Siguiendo con lo anterior, el libro *La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*, Jair Nilson Silva Paim,⁸ en su ensayo *La Salud Colectiva y los Desafíos de la Práctica*, plantea como hipótesis central que:

La Salud Pública es una práctica social que no está exenta de la influencia de la estructura social... [Es decir] está vinculada al conjunto de prácticas que componen la estructura [por lo tanto] tiene carácter histórico como campo del saber y de la práctica, [y como tal,] sufre transformaciones en función de las nuevas relaciones entre la sociedad y el Estado, particularmente en lo que atañe a la manera de reaccionar frente a las necesidades de salud de los individuos y de la población. [En este contexto], en América Latina, la crisis de la salud pública como parte de la crisis social, generó contradicciones diversas. Éstas propiciaron la evolución de un pensamiento crítico relativo al fenómeno salud/enfermedad en las poblaciones como proceso social y a las prácticas de salud desde el punto de vista de su vínculo con las demás prácticas sociales, [que se denominó Salud Colectiva y que enfrenta diversos desafíos de cara a consolidarse como una opción sólida y alternativa de superación de la crisis de la salud pública en la región de las Américas, partiendo del reconocimiento de que] tales desafíos se extienden a toda la organización social, desde la producción, distribución y consumo de bienes y servicios hasta las formas de organización del Estado y sus aparatos en sus relaciones con la sociedad, incluida su cultura” (Paim 1992,45).

Para desarrollar esta hipótesis, Paim, señala el esfuerzo de articulación que la OPS ha desarrollado entre las diversas corrientes de interpretación y estudio de la salud pública en la región, partiendo de la premisa, de que nada que se refiera a la salud del

⁸ Brasileño. Médico de la Universidad Federal de Bahía Magister y PhD en Salud Pública. Profesor titular de la Universidad Federal de Bahía y Profesor Honoris Causa de la Universidad Estatal de Faria de Santana. Experto en Planificación y Políticas de Salud.

público puede ser ajeno al campo de saber y práctica, denominado salud pública. Enfatiza como, pese a las variaciones conceptuales, se comparten preocupaciones en torno al análisis de áreas críticas tales como la formulación de políticas en salud, la economía y el financiamiento del sector, los sistemas de información y el desarrollo de la epidemiología, el desarrollo tecnológico, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y los recursos humanos en salud (Paim 1992, 57).

En esa perspectiva, Paim caracteriza la crisis de la salud pública, a partir de la transición del feudalismo al capitalismo, situados alrededor de la participación estatal y la preocupación por lo colectivo, para lo cual se requiere un marco teórico capaz de orientar la comprensión de las relaciones entre el Estado y la Sociedad en las formaciones sociales en las que predomina un modo de producción capitalista (Paim 1992, 67).

Dichas relaciones entre Estado y Sociedad, según Paim, determinan las “intervenciones consideradas como técnicas, encaminadas al mantenimiento de la salud de la colectividad, [entonces,] la salud pública expresa de forma permanente una tensión entre el Estado y la sociedad, entre las libertades individuales y las responsabilidades colectivas, y entre los intereses privados y los públicos... tales medidas dependen entonces de una determinada lectura de la realidad sanitaria efectuada por el Estado por medio de sus aparatos y funcionarios, teniendo en cuenta las repercusiones económicas del problema de salud, las presiones políticas en el sentido de enfrentarlo y las percepciones manifiestas en la sociedad, ya sea sobre la existencia del problema o sobre su superación”, lo que ilustra distintos órdenes de determinación de dichas medidas (Paim 1992, 78).

De esta forma, la tensión entre medidas curativas y preventivas expresada por el capitalismo, fue intensa en los países que organizaron los servicios de salud, conforme la lógica del mercado a través de modelos de aseguramiento, pero en los países que optaron por la socialdemocracia o por el socialismo fue posible redimensionar el concepto y la práctica de la salud pública derivando un carácter integral de la atención, así como la racionalización de los procedimientos y la complementariedad de las medidas de carácter individual y colectivo, ya que “cuando se reconoce la salud-enfermedad como proceso social y se trata de incorporar la dimensión social e histórica de los individuos en la colectividad, [no se trata de desconocer] la dimensión biológica de los individuos como parte integrante de la naturaleza” por el contrario, se busca encontrar la relación dialéctica entre individuos-colectividad, naturaleza biológica-

naturaleza social, no como elementos contradictorios, sino complementarios del conocimiento y de la práctica de la salud pública, redimensionándose así hacia la salud colectiva.

En tal sentido, la MS/SC, ha realizado esfuerzos teóricos por delimitar el componente ideológico contenido en su discurso y en las prácticas correspondientes de cara a obtener conocimientos científicos capaces de fundamentar mejor las medidas sanitarias en sociedades concretas.

Lo que ha significado una re conceptualización de la medicina en la sociedad y una revisión del campo de la salud pública que, mediante una crítica a los proyectos sucesivos de recomposición de las medidas sanitarias europeas y norteamericanas, desafía al movimiento hegemónico al plantear la relación salud-enfermedad-sociedad como proceso histórico social, particular a cada conformación social, determinado dialécticamente por la estructura social, económica y política del territorio donde se produce y se reproduce su conocimiento y su práctica. Autores como Arouca, Donnangelo, Gonçalves, Laurell y Breilh han desempeñado un papel significativo como representantes de esta corriente al fomentar nuevas investigaciones sobre las enfermedades en la sociedad que plantean retos para la planificación de la salud y las medidas sanitarias necesarias para dar respuesta a las necesidades en salud (Paim 1992, 89).

Con ese referente, Paim, plantea que si bien la Salud Colectiva, es en sí misma un proyecto de reforma al saber y a la práctica de la salud pública en la región de las Américas, enfrenta unos desafíos en el tránsito hacia el nuevo milenio, en función del redimensionamiento de su objeto, sus instrumentos y los actividades de trabajo, articulado con la totalidad social, lo que abre alternativas metodológicas y técnicas para pensar el campo de la salud, a fin de explicar mejor la producción y distribución de la salud-enfermedad en sociedades concretas.

Ante este desafío, Paim identifica como avances de la Salud Colectiva en su trayectoria en América Latina desde la década de 1970 del siglo XX, los siguientes:

- 1) La configuración de la Salud Colectiva, siguiendo a Teixeira como “un campo de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y el saber en materia de salud, referidos a lo colectivo como campo de relaciones sociales estructurado, donde la enfermedad adquiere significación [el cual] abarca también “un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas

desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones de salud y en las instituciones de investigación vinculadas a distintas corrientes de pensamiento resultantes del proyectos de reforma en el campo de la salud”.

- 2) La formación de recursos humanos como un pilar, no sólo para la superación del desafío de redimensionar la Salud Colectiva, sino también una oportunidad para explorar el uso de métodos de las ciencias sociales en la salud a través de la articulación de los grupos de investigación en Salud Colectiva, como por ejemplo para (CEBES) y la Asociación Brasileña de Estudios en Salud Colectiva (ABRASCO), que además son el reflejo del carácter de práctica social de este campo, al reconocer en estas organizaciones una expresión de movimiento social.
- 3) La planificación de salud y la producción teórica de las ciencias sociales en salud. En el caso de la Planificación de Salud, autores como Testa y Matus, logran “describir el momento explicativo, normativo, estratégico y táctico, operacional del proceso de planificación, [a partir del cual] se ofrecen elementos para comprender el triángulo del gobierno, o sea, la propuesta de gobierno, la gobernabilidad y la capacidad de gobierno, [...lo que ha fomentado] la formulación de orientaciones técnicas y la experimentación con ciertos procedimientos en situaciones concretas.” (Paim 1992, 89)

Por su parte, en cuanto a la producción teórica de las ciencias sociales en la salud “además del apoyo a la comprensión de los nexos entre salud y estructura social, una parte de esa producción ha sido fundamental para el estudio de las políticas públicas, las instituciones, los movimientos sociales, etc. [...]; que han abordado el estudio de temas como la crisis del estado de bienestar y las políticas neoliberales, las tendencias de la medicina social, la crisis económica y la política social, el Estado y la burocracia en relación con la salud, entre otros” (Paim 1992,89).

Lo descrito, le permite a Paim afirmar que la Salud Colectiva, es un campo en construcción, con capacidad de innovación y redimensionamiento de la salud, que puede aportar sus avances a la superación de la crisis de la salud pública en la región de las Américas.

Ahora bien, ya en 1999, en el marco de un proyecto financiado conjuntamente por la División de Recursos Humanos de la OPS y el Consejo Nacional de Desarrollo

Científico y Tecnológico de Brasil, Naomar Almeida Filho⁹ y Jairnilson Silva Paim, elaboraron el “estudio exploratorio de los fundamentos históricos e institucionales de la así llamada “crisis de la salud pública” destinado a identificar las nuevas tendencias y perspectivas para la transformación del paradigma del campo de la salud pública en el contexto del panorama internacional de globalización económica y cultural”. Entre dichas tendencias y perspectivas se ubica la Salud Colectiva (Almeida Filho 1999,48).

Este análisis exploratorio que emprendieron Almeida y Paim, empezó por reconocer la “retórica pragmática” del campo de la salud que, desde la segunda guerra mundial hasta los últimos años del siglo XX, ha construido el campo social de la salud. A partir de sus movimientos fundacionales, entre los que, a juicio de los autores, están la policía médica, la medicina social europea, la salud pública francesa, la medicina preventiva, la salud comunitaria, la atención primaria en salud y la promoción de la salud, se evidenciaban “sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definieron en cada coyuntura las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud”, con la expectativa de comprender el cuerpo doctrinario de la llamada salud pública, así como sus redes de producción y difusión ideológica.

Desde esta perspectiva los autores destacan:

- a) Siguiendo a Foucault, a partir de la segunda mitad del siglo XVII, en Europa Occidental, emergió un proceso histórico de adoctrinamiento de los cuerpos que generó la constitución de una serie de intervenciones sobre los sujetos que buscaban normalizar y homogeneizar. Aquí el papel de la higiene pública refería a un conjunto de normas y preceptos de orden moral sobre la buena salud que terminaba condicionando el comportamiento de los sujetos y coaccionando su libertad en el plano de lo público (Almeida Filho 1999,51).
- b) Desde la perspectiva del naciente Estado Liberal a través de la Política o Policía Médica tomaría cuerpo “la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud en lo colectivo y como agente fiscalizador de su aplicación social, remitiendo de esta forma los discursos y

⁹ Brasileño. Médico, Magister en Salud Comunitaria, PhD en Epidemiología y Doctor en Ciencias Honoris Causa. Profesor Titular e Investigador del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía.

prácticas de salud a la instancia jurídico-política”, robusteciendo entonces su capacidad normalizadora sobre el conjunto social.” (Almeida Filho 1999, 57).

- c) La revolución industrial impulsó, a lo largo del siglo XIX, una transformación de la comprensión de la relación salud-enfermedad-sociedad, y de la acción del Estado como rector de políticas en salud. Una de las propuestas surgidas en el marco de las luchas de los movimientos obreros y sociales que demandaron atención a sus necesidades sanitarias dentro de sus reivindicaciones, originaron en Francia y Alemania un movimiento de pensadores en salud que propuso la comprensión de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social, denominado medicina social. Este movimiento postuló que: “la medicina es política aplicada al campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad, [siendo entonces] la participación política la principal estrategia de transformación de la realidad de salud, en la expectativa que de las revoluciones populares resultara democracia, justicia e igualdad, principales determinantes de la salud social.” (Almeida Filho:1999, 45)
- d) Estos ideales políticos de la medicina social fueron invisibilizados en la escena política, pero dieron origen a una forma de comprender la acción del Estado en salud, de cara a la intervención en los determinantes de la salud desde una perspectiva macroestructural.

Sin embargo, la propuesta que se tornó hegemónica en el campo de la salud, originada en Inglaterra y Estados Unidos, estructuró una respuesta a la problemática sanitaria integrando a la acción del Estado un “discurso y una práctica sobre las cuestiones de salud basadas fundamentalmente en la aplicación de tecnologías y en los principios de organización racional para la expansión de actividades profilácticas (saneamiento, inmunización y control de vectores) destinadas principalmente a los pobres y sectores excluidos de la población.” (Almeida Filho 1999, 58)

Este movimiento conocido como sanitarismo desarrolló posteriormente el paradigma microbiano, a partir del cual se redefinieron las directrices de la teoría y la práctica en el campo de la salud social en el mundo occidental que se reconocería luego como salud pública, cuyo pilar serían las ciencias básicas de la salud.

- e) En el siglo XX, se manifestaron varios afinamientos para consolidar el paradigma de causalidad inserto en la salud pública, las cuales, a través de reformas educativas, como la propuesta en el informe Flexner, redefinieron la enseñanza y la práctica médica con énfasis en el conocimiento experimental de base individual, reforzando “la separación entre lo individual y lo colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo”.(Almeida Filho 1999, 67) Separación que se afianzó con la elaboración de teorías como la historia natural de la enfermedad, que renovó la actitud preventiva y asistencialista de los profesionales del campo de la salud, permitiendo el uso y desarrollo de múltiples tecnologías de las ciencias básicas y clínicas en la búsqueda del exterminio de la enfermedad.

Sin embargo, las limitaciones de esta búsqueda, condujeron a una reformulación del campo de la salud pública que, retomando el interés preventivista de mediados de los años cuarenta, estableció, en la década de 1970, a través del Informe Lalonde, el modelo de los cuatro polos en salud: la biología humana, el sistema organizado de los servicios sanitarios, el ambiente y el estilo de vida, como pilares de la acción y la investigación. A su vez, esto conllevó a la incorporación de modelos comunitarios de salud y servicios sociales, afianzando la necesidad de disponer de “servicios básicos de salud” que garantizaran la atención de la mujer y del niño, el control de enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental, el monitoreo epidemiológico, la educación en salud y la respuesta rápida de bajos niveles de complejidad de profesionales de enfermería y medicina, adscritos a propuestas de ampliación de servicios y coberturas efectivas. Todas estas acciones se inscribieron en el lema “Salud para todos en el año 2000” impulsado por la OMS desde la conferencia de Alma Ata en 1977, y luego se posicionó en este marco, la Promoción de la Salud como elemento discursivo articulador de la acción del Estado a través de las Políticas Públicas para producir salud (Almeida Filho 1999, 69).

- f) Almeida y Paim reconocen que, de forma paralela, desde la década de 1970, se produjo en América Latina un movimiento denominado Medicina social Latinoamérica o Salud Colectiva, cuya preocupación inicial fue la reinterpretación del proceso y de la relación salud/enfermedad/sociedad/cuidado. Esta corriente de pensamiento mostró niveles de desarrollo importantes relacionados, particularmente, con la

generación de nuevas teorías, enfoques y métodos en la epidemiología y la planificación en salud a partir de la aplicación de métodos combinados cuantitativos y cualitativos, articulando de forma innovadora, a los saberes y prácticas de la salud pública, los desarrollos de las ciencias sociales avanzando hacia la integración de conocimientos que permite reconocer la complejidad del campo de la salud y la emergencia de nuevos objetos de conocimiento e intervención como los casos de la comunicación social en salud y la vigilancia en salud (Almeida Filho 1999, 67).

En esta crisis de la salud pública, plateada por Almeida Filho y Paim, La OPS comprometió, desde finales de la década de 1980, recursos y esfuerzos, de cara a configurar una nueva salud pública, para la región de las Américas, que permitiera la convergencia de los análisis sobre la reforma sectorial de políticas de salud y organización de servicios, la renovación del compromiso de Salud para Todos y la redefinición de la teoría y práctica de la salud pública (Almeida Filho 1999, 71).

Almeida y Paim presentan una valoración crítica a la hipótesis de que la salud colectiva constituya un nuevo paradigma científico capaz de superar la llamada “Crisis de la salud pública”. Concluyen que, sí es una opción abierta que permite la incorporación de nuevos modelos teóricos para el análisis de la complejidad del proceso salud/enfermedad/sociedad/cuidado, sin riesgos de exclusiones que vuelvan a las dicotomías salud/enfermedad, individuo/colectivo, público/privado. Además, reconocen el valor y la necesidad de la participación social autónoma y no instrumentalizada para construir soluciones a las necesidades sociales en salud más apropiadas a los contextos de cada formación social particular.

Durante los primeros años del siglo XXI se suscitaron varios trabajos en torno a la trayectoria de la medicina social latinoamericana. Posterior al trabajo de Iriart y colaboradores, mencionado en la introducción, resulta importante complementar con los aportes de Débora Tajer, quien emprendió una reflexión en torno a los desarrollos de este campo de conocimiento y práctica en la década de 1990, con el propósito de comprender sus desafíos contemporáneos, estas reflexiones son conocidas en los documentos “Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges” y “La medicina social latinoamericana en los años noventa: hechos y desafíos” (Tajer 2003, 37).

En sus trabajos, Tajer¹⁰ sitúa los orígenes de la medicina social latinoamericana propiamente dicha desde la década de 1950 inspirada en los movimientos sociales surgidos en Francia, Alemania e Inglaterra a mediados del siglo XIX y al calor de la discusión por la reformulación de la enseñanza médica.

Tajer considera a la medicina social como una corriente de pensamiento y conocimiento cuyas raíces son impulsadas por el movimiento médico social latinoamericano a través de las vertientes: política, conceptual y organizacional. La vertiente política estaba ligada a las apuestas de cambio y transformación social en la región, y priorizó la salud como uno de los ejes ligados a la liberación de los pueblos. La conceptual que “valora y trabaja sobre los determinantes económicos, políticos, subjetivos y sociales del proceso salud-enfermedad y la atención de los colectivos humanos”; y la vertiente organizacional que a partir de los seminarios organizados por Juan César en la década de 1970, facilita la conformación de la Asociación Latinoamericana de Medicina social (ALAMES) en 1984, como movimiento social, académico y político, que entiende “la solidaridad como la ternura de los pueblos, y el internacionalismo como una de sus expresiones, en aras de tramitar buenas prácticas y saberes” (Tajer 2004, 89).

Para Tajer, la relación entre política y ciencia define al movimiento social latinoamericano, cuyos orígenes se ubican en la procedencia de los estudiantes universitarios de las décadas de 1950 a 1970 y en su marcada politización, a partir de los setenta. Los estudiantes en su mayoría pudieron acceder a los estudios por la proliferación de universidades públicas y gratuitas, y su politización permitió un desarrollo teórico y técnico como aporte real del campo científico al campo social, cuya matriz conceptual incorporó las ciencias sociales a las ciencias de la salud “en un primer momento, del materialismo histórico y, a partir de los ochenta, de los trabajos de algunos científicos sociales europeos y norteamericanos como Arent, Bourdieu, Foucault, Giddens, Gramsci, Habermas, Héller, Laclay y Rorty.” (Tajer 2004, 94).

Así mismo, Tajer considera que los principales aportes del movimiento médico social latinoamericano en la década de 1970 fue la operativización de la categoría clase social y los procesos de producción y reproducción social en la investigación en salud a partir del estudio de asuntos específicos como la salud de los trabajadores, de las

¹⁰ Psicóloga, psicoanalista Argentina. Profesora e investigadora de estudios de género de la Universidad de Buenos Aires, ex coordinadora General de ALAMES, miembro fundacional de la red de género y salud colectiva de la misma asociación,

determinantes sociales de la enfermedad y la muerte; incorporando para esto el análisis de las políticas sociales en salud y en la atención de salud, el rol de los agentes internacionales, particularmente en la relación centro . periferia. Por su parte, la década de los 80 trajo aportes específicos y originales como “el desarrollo en las áreas de epidemiología social, las políticas y prácticas en salud, la planificación estratégica en salud, la epistemología y la incorporación de la dimensión de los sujetos en el campo de la salud colectiva” (Tajer 2004, 96).

La década de 1990 se caracteriza por un aumento significativo de la producción investigativa de la corriente de la medicina social latinoamericana, lograda según Tajer, en razón de la consolidación de los posgrados de medicina social y salud colectiva a través de cursos de perfeccionamiento, residencias, maestrías y doctorados desde su fundación, a mediados de la década del 1970, en países como Brasil y México, entre tanto que otras naciones de la región como Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay, pese a tener una amplia trayectoria, no contaban con posgrados específicos en la corriente de pensamiento (Tajer 2004, 98).

Dado que los años 90 se caracterizaron por la implementación de procesos de reforma sectorial fundamentados en la privatización y descentralización de los sistemas y servicios nacionales de salud, propuestos desde el neoliberalismo a través del Banco Mundial, en este período, los y las investigadoras del movimiento médico social latinoamericano volcaron sus esfuerzos hacia

La desmitificación de los procesos de reforma neoliberal en salud, [como] uno de los ejes principales del trabajo académico, político y social, [en el marco] de su agenda por la defensa de la salud como un derecho ciudadano y un deber del Estado. Simultáneamente, sus áreas de acción se extendieron para poder implementar este derecho en lo concreto [hacia áreas como] la violencia, el género, los recursos humanos, las políticas públicas, la descentralización, la reforma sectorial de salud, la globalización, la epidemiología, el medio ambiente, la equidad, la bioética, la participación social, la etnicidad, el multiculturalismo y los derechos humanos. (Tajer 2004, 89)

Tajer identifica la década de los 90 como un período intenso para la movilización académica y política por la defensa de la salud como derecho, que motivó el interés por “intercambiar con otros movimientos similares en el mundo y compartir, desde las raíces latinoamericanas, desde una perspectiva contra-hegemónica, la construcción de una agenda en el ámbito internacional y en ámbito local. En el ámbito internacional se agenciaron espacios de intercambio como la Asociación Internacional de Políticas en

Salud y la Asociación Internacional para la Equidad en Salud, a los cuales la medicina social latinoamericana se articuló desde ALAMES (Tajer 2003, 79).

Mientras que en el ámbito local, las políticas hicieron viable que desde mediados de 1990, líderes y lideresas de la medicina social latinoamericana asumieran cargos en la gestión y administración pública de la salud, en países como Brasil, México, Venezuela, Colombia, entre otros, lo que amplió el campo de la acción de la medicina social en su vertiente política, al mismo tiempo que desafió a la corriente conceptual a sistematizar y teorizar sobre la experiencia concreta de gobernar la salud en los territorios desde una apuesta contra-hegemónica partiendo de los avances en la comprensión del proceso salud/enfermedad/atención desde la perspectiva de sus determinaciones sociales, políticas y económicas (Tajer 2003, 86).

Para Tajer, el principal desafío de la corriente de la medicina social latinoamericana en el siglo XXI es la difusión de sus aportes a través del debate abierto de los nuevos y viejos problemas de salud, y la profundización del estudio, la movilización y la práctica de los temas históricos que ha promovido bajo el eje de la determinación social, económica de la salud de nuestros pueblos (Tajer 2003, 94).

De otra parte y ya descrita en la primera parte de este documento, la práctica investigativa ha caracterizado el desarrollo de la medicina social latinoamericana en diferentes países de la región. Waiztkin y colaboradores, sitúan el contexto de surgimiento de las experiencias en México, Cuba, Brasil, Ecuador, Colombia, Argentina y Chile, así como la configuración en cada uno de los países de núcleos de trabajo alrededor de grupos de investigación y organizaciones sociales; todos ellos vinculados de forma directa o indirecta a la academia a través de la formación de pregrado y posgrado de profesionales de la salud que han logrado de forma diferencial la producción y difusión sistemática de sus elaboraciones a través de revistas científicas.

Sin embargo, la falta de apoyo económico y el constreñimiento de los espacios académicos, por razones de orden político dado el carácter contra-hegemónico, de este campo del saber y de la práctica en salud, amenaza la supervivencia de estas expresiones (Waiztkin y otros 2001). Solo los casos de Brasil y México han logrado un proceso propio de análisis de sus propias trayectorias en la medicina social latinoamericana o salud colectiva.

Para cerrar este apartado, cabe señalar si bien no son numerosos los estudios sobre la trayectoria de la medicina social latinoamericana, es claro, en la producción científica disponible, que su origen como un campo del conocimiento y la práctica en

salud diferente, se produjo entre 1960 y 1970. Se identifica además que la columna vertebral del análisis han sido el materialismo histórico y dialectico a partir del cual se redimensiona la relación salud-enfermedad-sociedad, como un proceso determinado histórica y socialmente que requiere de la confluencia de saber y práctica para lograr una transformación de las condiciones desiguales e injustas de distribución de la enfermedad y la muerte en los territorios de América Latina.

Por otro parte, en el marco del Congreso de ALAMES en Bogotá, Saúl Franco (2009,7) realizó una reflexión en torno a los 25 años de la Asociación, en la que valora que la medicina social en América Latina, ALAMES va “muy bien en lo académico, bien en lo político, regular en lo organizativo, y excelente en solidaridad” (Franco 2009,7).

Después de cuatro décadas transcurridas como corriente de pensamiento alternativa en salud en la región, se cuenta con una sólida producción teórica, un reconocido esfuerzo metodológico y una amplia actividad investigativa. Destaca en ese sentido como

Los setenta dieron muestra de vigor y creatividad intelectual con las tesis pioneras de Alberto Vasco en 1973 sobre salud, medicina y clases sociales; de Sergio Arouca en 1975 con una crítica de fondo al modelo preventivista, y de Jaime Breilh en 1976 confrontando la epidemiología dominante y poniendo las bases de la que él mismo ha denominado epidemiología crítica. También hemos avanzado en el esfuerzo y los logros en la consistencia epistemológica, en el rigor metodológico y en el esclarecimiento de los órdenes y niveles de determinación en salud, aspecto que miembros de nuestra Asociación desarrollaron mucho antes de que desde Europa se pusieran de moda los determinantes sociales de la salud.” (Franco, 2009, 8)

En lo político varios intelectuales de la MS/SC han mantenido sus vínculos con “procesos de organización y movilización social por la defensa de la salud como derecho, por la materialización de sistemas universales, postulado que recogen los países e incluyen distintos sectores. Por la activa participación política de muchos y muchas en los procesos de resistencia activa a imposiciones mercantiles y antidemocráticas, o en procesos democrático-progresistas, y en ocasiones revolucionarios” (Franco 2009, 11).

Finalmente y tal como se ha descrito en este capítulo acerca del origen de la MS/SC en América Latina, se ha configurado como campo de conocimiento y práctica contra-hegemónico y se mantiene en disputa con el paradigma dominante y hegemónico de la salud pública.

Sin embargo, pese a la riqueza de los estudios presentados, de los avances y aportes, resulta necesario establecer una cronología precisa para comprender las transformaciones de esta corriente de pensamiento y de sus prácticas, especialmente en tiempos de predominio del modelo neoliberal, que potencia la presencia de inequidades, sumado a la profunda concentración de la riqueza, un metabolismo social que ha llevado a la devastación y depredación de la naturaleza, todo lo anterior, obliga a replantearse posturas éticas y políticas para asumir el debate entre los determinantes sociales y la determinación social de la salud, la enfermedad y la atención sanitaria (Morales, Borde, y otros 2013, 59).

No obstante y como se leerá en el siguiente capítulo, la MS/SC, no son uniformes, para algunos investigadores, como se ha visto es considerada un campo, para otros una corriente de pensamiento, o un lugar para debatir políticamente el modelo imperante sobre la educación y la salud pública, esta tesis busca dar relevancia a tal situación.

Capítulo segundo

Referentes teóricos en la construcción de la Medicina Social y la Salud Colectiva

Este capítulo presenta una aproximación a los referentes teóricos y epistemológicos de la MS/SC, dada la finalidad de este trabajo, se documenta cómo se constituyó y se ha mantenido una visión crítica del objeto salud, a partir de los aportes de académicos que en la región hacen parte de esta corriente de pensamiento, así mismo valora la correspondencia con los conceptos de Thomas Kuhn y Ludwik Fleck para entender las nociones de paradigma y estilo de pensamiento en la MS/SC, una aproximación a los conceptos de campo, habitus y poder simbólico de Pierre Bourdieu, y los aportes sobre la acción transformadora desarrollados por Antonio Gramsci, de esta forma se establecen los referentes teóricos del estudio.

Inicialmente se parte de una disertación sobre el objeto salud, fundamental porque reedita la medicina social; para luego adentrarse en los aportes epistemológicos y en los saberes y prácticas que la han caracterizado, asuntos tales como la explicación estructural de las necesidades sociales de salud de los grupos, como también su visión frente a la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud. La descripción al respecto señala la visión prevalente de occidente en la modernidad, entendiendo que hay otras riquezas para aportar en este debate, no logran ser objeto de este estudio.

Esta aproximación conceptual señala las visiones que han caracterizado a la MS/SC, para seguir las categorías iniciales, observar su viraje y registrar nuevos conceptos que aportan a la consolidación de este pensamiento.

1. Reseña histórica del concepto salud

La salud es un objeto construido y transformado cultural, social e históricamente, como producto de la existencia humana. En occidente, la comprensión de la salud se ha desarrollado teniendo como referente la enfermedad (Caponi 1997, 210) como una situación antagónica a la salud, tales elaboraciones, han sido realizadas principalmente por los encargados de generar la salud. Esta exclusión explícita del concepto de salud es propia del discurso científico y se debe a la racionalización del objeto de estudio,

centrando las preocupaciones en la elaboración de métodos para medir y explorar la salud-enfermedad, como objeto de conocimiento aislado de la realidad subjetiva del cuerpo que vive la enfermedad, y denota el carácter mecanicista y reduccionista de la misma (Vergara 2007, 47).

No obstante, es esencial reconocer los tránsitos que ha tenido el concepto no explícito de la salud, en cada cultura para retomar elementos constitutivos respecto a su teorización. Siguiendo a Laín Entralgo, se identifican dos grandes períodos del saber científico de la salud y la enfermedad, en la cultura occidental, uno pre técnico y otro técnico (Laín Entralgo 1985). El período pre técnico o mágico – religioso (Vega 2012, 34), recoge las expresiones de las comunidades primitivas extintas entre las que están la cultura egipcia, los pueblos mesoamericanos y los pueblos de la antigua Mesopotamia. Para estos pueblos, la salud era un don, una virtud dada por los dioses, que les permitía a los individuos de la sociedad realizar sus actividades cotidianas sin dificultades. En contraposición, la enfermedad era la condición en la que no era posible vivir tales actividades; y se originaba, en primer lugar, por el castigo de los dioses por injurias directas o, en segundo lugar, por la usurpación del cuerpo por parte de espíritus maléficos que podían actuar ante la desprotección de los dioses, igual por las faltas cometidas por el/la enferma, su familia, o el conjunto de la comunidad.

Por su parte, el período técnico inició con la racionalización de la salud al ser entendida como el equilibrio entre los componentes del cuerpo en el medio interno y los elementos constitutivos de la naturaleza existente en el medio externo. Esta noción de la salud como equilibrio y armonía, presentes en la teoría humoral de los griegos, en la teoría del ying y el yang del pueblo chino y en el Ayurveda del pueblo indio, son los primigenios de su saber técnico, e inician una concepción dinámica de la salud y la enfermedad, como parte de la vida.

Para el mundo occidental, tendrá especial relevancia en la construcción de su saber técnico la teoría humoral, que recoge las ideas de Pitágoras, Alcmeón de Crotona, Empédocles, Anaximandro y Polibó, quienes consideraban que todos los seres de la naturaleza estaban constituidos por los principios elementales del cosmos, siendo la proporción, la cantidad y la intensidad, del número de órganos, lo que les diferenciaba y los constituía como plantas, animales y seres humanos dándoles la cualidad de su ser, en otras palabras su identidad. “En tal sentido y aplicada esta idea del orden y armonía a los seres humanos, la armonía del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y salud; es decir, la salud se encuentra en la medida en todos los actos de la vida,

por tanto, era una condición indispensable para conservar la armonía corporal, o para rescatarla si ésta se llegara a perder.” (Vergara 2007, 49)

Desde la Escuela de Cos, fundada por Hipócrates, se cimentó el saber del mundo occidental sobre salud y enfermedad, que recogía toda la experiencia de los pensadores helenos y sistematizaba la dedicada observación de la naturaleza, sus relaciones y reacciones ante las acciones humanas, para recuperar el equilibrio de los humores en los individuos y de los principios en el Cosmos; pero fue Galeno, durante el siglo II d.C. quien reafirmó y divulgó la manera de pensar de los antiguos griegos, quien se mantuvo vigente durante la edad media e incluso hasta finales del siglo XVII (Vergara 2012,51).

Como se mencionó previamente, durante la Edad Media, período de hegemonía de la concepción cristiana del mundo, se mantuvo vigente la doctrina de la teoría humoral del período helénico, para el manejo de las enfermedades, y el estudio de la salud fue casi exclusivo del clero; no así el cuerpo humano, que por ser obra divina era intocable, no susceptible de ser profanado por la mano del mismo hombre. En este período, se retornó a la idea de la salud como un don divino, expresión de la gracia de Dios con sus súbditos, situación conveniente no sólo para la Iglesia, sino también para los señores feudales, que mantenían su lugar social de superioridad por la voluntad de Dios. Este modelo de sociedad, y por tanto esta concepción de la salud profundiza su crisis desde finales del siglo XIII y hasta finales del siglo XV, cuando la peste negra arrasó con la tercera parte de la población europea; y las instituciones de la iglesia, los señores feudales y de la salud no lograron por ninguna vía contener la muerte de la población. Esta crisis suscitó una ruptura en la forma de entender el conocimiento, que ya no se aborda como una actitud contemplativa de la naturaleza, sino como capacidad transformadora (Quevedo 1997,45).

La ruptura con la edad media y la nueva actitud ante el conocimiento, en general del mundo y de la naturaleza humana, dieron origen al empirismo desde principios del siglo XVI, y con él a nuevas formas de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Esta nueva forma del conocimiento se propiciaba a través de los sentidos, sólo aquello que podía observarse, escucharse, palpase, olerse y saborearse, era susceptible de ser analizado, ordenado y combinado para reconocer las formas de la naturaleza. “Saber es poder” como diría Francis Bacon “la ciencia del hombre es la medida de su potencia, porque ignorar la causa es no poder producir el efecto... el hombre, servidor e intérprete de la naturaleza, ni obra, ni comprende más que en proporción de sus descubrimientos experimentales y racionales sobre las leyes de esta naturaleza; fuera de

ahí, nada sabe ni nada puede... lo que en la especulación lleva el nombre de causa conviértase en regla en la práctica.” (Bacon 1975,78)

Esta perspectiva del conocimiento se centra entonces en aquello que es captado por los sentidos, con lo cual la enfermedad toma un lugar preponderante en el marco del trabajo científico, frente a la salud, pues la búsqueda de las causas de la enfermedad y de la “normalidad” del cuerpo humano a través de los sentidos, concentra todos los esfuerzos intelectuales.

Por tal motivo, entre los siglos XVI y XVIII, florecieron el estudio de la anatomía, la fisiología y la química humanas, entendiendo la salud, en la práctica, como la normalidad de las estructuras y las funciones del cuerpo humano, y se acuñan frases como la de Rene Leriche “la salud es la vida en el silencio de los órganos.” (Leriche 1993, 23).

De esta forma nació, entonces, la clínica como método y praxis para la salud y la enfermedad, las ciencias naturales dominan la comprensión de la salud y de la enfermedad; y aunque se entiende como un proceso que cambia se restringe al orden individual, no colectivo, que no evoluciona hacia una comprensión de la relación con el medio externo más allá de la mirada sobre algunas variables ambientales como el agua y el aire.

Esta explicación de la salud y la enfermedad no incluye una noción que permita colocar los asuntos estructurales y sociales en un lugar propicio, para viabilizar la transformación de las relaciones entre sociedad y Estado. En medio de esa precaria base fundamental, se va organizando un campo denominado la salud pública con especial progreso en el período de la revolución industrial. Así se configura la llamada salud pública como un conjunto de prácticas cuyo objeto son las necesidades sociales (Paim 1992,89).

De igual forma es una mirada centrada en occidente que no concede lugar al reconocimiento de otras formas posibles de comprensión de la salud, como la que documentan en oriente, o las propias surgidas en América Latina, la visión de los pueblos originarios. Es un concepto puesto en Europa, propio de la modernidad. Los alcances de esta tesis y de este capítulo, no tienen la finalidad de profundizar en esta tema, no obstante se reconoce todo el potencial de propuestas como la decolonialidad y recientemente la documentación de las Epistemologías del Sur, descritas por Boaventura de Souza Santos, (1999) que demarcan rupturas validando ampliamente el conocimiento popular.

Tal como se ha descrito, el objeto salud ha enfrentado serias complejidades y permanentes construcciones, no solo desde las ciencias de la salud, propiamente dichas, sino también desde las ciencias sociales, por lo que los debates sobre salud se han considerado como algo privado, personal y subjetivo (Gadamer 1993, 345). Sin embargo, también han surgido propuestas integradoras impulsadas por la corriente de MS/SC en América Latina. En este paradigma ha sido orientadora la tesis doctoral de Juan Samaja, por sus aportes para entender una epistemología de la salud, en un artículo publicado por uno de los jurados de su tesis doctoral, el profesor Everardo Duarte Nunes señala:

Da lo mismo entender el Bien y la Eficacia como “cultura” o “espíritu”: lo importante es, sin duda, tomarlos como referencia para no agotar la concepción de salud como un ser. El término salud deriva del latín *salus*, que significa sano, entero, salvo, salvación y de él derivan *salvus*, *solidus* y *solidus*, que quiere decir lo que es de una única pieza, entero, completo. A su vez, la expresión latina deriva del griego, que quiere decir entero, innato, no desnaturalizado, real, etc. En resumen el sentido exacto de salud entre los griegos es “integridad”. Existen, evidentemente, otras ideas que surgen cuando se verifica la etimología de enfermedad. El término enfermedad deriva del latín *in-firmus*, que literalmente quiere decir no-firme y, según los estudiosos, los diversos vocablos que los griegos usaban para designar las enfermedades no pertenecen al mismo universo semántico de la salud, refiriéndose a la esterilidad de la tierra, al sufrimiento moral, a la pasión, a la locura, etc. Por estas raíces, salud-enfermedad no pueden ser consideradas como condiciones antagónicas de un mismo proceso, y, en síntesis, la salud constituye un estado relativamente permanente, tiene un substrato básico, relativamente estable; la enfermedad es un proceso que aparece y desaparece. De este modo, si ellas se asocian teóricamente, a nivel semántico son diferentes (Nunes 2007, 327).

Los teóricos de la MS/SC empiezan a mantener una identidad en su estilo de pensamiento, en los debates iniciales, en la concepción de la salud, su carácter histórico y en el contexto de las condiciones sociales y culturales, como se ha expresado el aporte de las ciencias sociales en la MS/SC es fundamental, para un cambio de paradigma de la salud, para Souza, la acción humana es subjetiva por tanto no puede leerse como los fenómenos naturales por lo que es necesario hacerse a métodos de investigación y criterios epistemológicos diferentes (De Souza Santos 2018)

2. Debates conceptuales sobre la naturaleza del objeto salud

Dando continuidad al desarrollo anterior, este apartado describe los principales debates en relación con el objeto de la salud, promovidos por diferentes paradigmas a los que se indaga por ¿qué debe tratar una epistemología de las ciencias de la salud?

Desde la corriente funcionalista, la epidemiología convencional o anglosajona se fundamenta en la multicausalidad para entender la relación entre el medio externo y el interno en la producción de la enfermedad, y por antagonismo la salud. Por consiguiente, ha incorporado métodos de medición y valoración de las “variables sociales y ambientales” para la consideración de los modelos explicativos de la enfermedad, sin embargo, no logra desprenderse de la perspectiva biológica, ni entender la salud de la población más allá de la sumatoria de la salud de los individuos. En tal sentido, entiende la salud como un proceso dinámico de contención de riesgos individuales a partir del control de riesgos y la promoción de hábitos saludables de orden individual (Quevedo 2001,45). Para Eduardo Menéndez este enfoque también identificado como biomédico evidencia en una orientación curativa y a histórica, marcando una relación asimétrica entre medico paciente. (Menendez 2008, 34) .

- Para la fenomenología, que a lo largo del siglo XX introdujo una discusión con el cartesianismo, se trata de considerar las cosas tal y como se muestran, tal y como se ofrecen temporalmente a la conciencia. El método fenomenológico aspira al conocimiento estricto de los fenómenos más allá del modelo Cartesiano en que lo “real” es todo aquello que fuera primero dudado y luego pensado de manera “clara y distinta”. Así, incorpora elementos en el plano de la conciencia temporal y contempla la psiquis como parte de las dimensiones que conforman la salud –enfermedad, ampliando y constituyendo a una lectura multicausal que sigue manteniendo la visión individualizante. Por su parte, el ambiente es considerado como un afuera, otra causa más que afecta al organismo y produce la enfermedad, es decir, aunque se establece el multicausalismo prevalece la lógica lineal de factores (Carmona 2013,21).

- En el pensamiento complejo, la salud no es una finalidad por sí misma, sino una condición que permite, catapultar o cataliza otros procesos, otras formas y expresiones de la vida misma. Así, la salud se refiere a los modos como se cristalizan armonías y se potencian o se dejan de potenciar acciones, decisiones y relaciones que contribuyen a que la vida misma tenga horizontes mejores, más amplios y más profundos. La salud es igualmente, un fenómeno alejado del equilibrio. La salud, como sistema vivo, es esencialmente variable, fluctuante, inestable e inconclusa (Maldonado 2008, 54).

Por tanto, entender la articulación entre condiciones de vida y situación de salud, implica asumir una perspectiva epistemológica de la salud desde las ciencias de la complejidad. El reto consiste en superar la noción antropocéntrica de la salud, como inherente al ser humano. “Las ciencias de la salud, en la actualidad, requieren ganar

amplitud y profundidad, pasando de una visión reduccionista, determinista y mecanicista, al campo de las ciencias de la complejidad”; de esta forma, el concepto de salud supera el ámbito de la enfermedad como hecho individual y colectivo, para entrar en la escala relacional de lo global, en sus diferentes sistemas de vida, más allá de los humanos (Maldonado 2008, 57).

Mario Bunge, en sus análisis sobre la ciencia y la naturaleza del objeto de estudio, acuñó el término determinación, al cual otorgó tres acepciones: “en la ciencia, su uso más frecuente está en relación con el establecimiento de una conexión “constante y univoca” entre cosas o acontecimientos, o entre estado o cualidades de las cosas, así como entre objetivos ideales” (Bunge 1972, 67). Respecto a la salud, es fundamental en los aportes de Bunge, establecer la diferencia con el determinismo de las ciencias de la naturaleza, que concede al objeto características cuánticas, dejando de lado las particularidades o cualidades del mismo. Alude a grandes y muy generales características, y admite que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas) y que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales, y los procesos, a través de los cuales el objeto adquiere sus características, se obtienen a partir de condiciones preexistentes.

La relación entre los campos de la salud y de las ciencias de la naturaleza, se entienden en el determinismo como que la salud y la enfermedad están influenciadas por relaciones causales lineales, lo que en la práctica conduce a la anulación del sujeto y a la imposibilidad de transformar las realidades a diferencia de la determinación, concepto apropiado por la medicina social, y que viabiliza una construcción histórica y social es decir posibilita movimientos, no se limita a variaciones de corte cuántico, no es previsible por la causalidad.

Por tanto, la determinación y sus diferentes modos o niveles de relación poseen características sensibles, construyen jerarquías y no actúan de forma independiente y excluyente, a diferencia del determinismo, en la salud. El término determinación ha sido utilizado por Breilh principalmente, para destacar su relación dialéctica con la vida desde una visión compleja que incluye las condiciones materiales, económicas y culturales, así, el autor desarrolla su tesis en el sentido que la salud y la enfermedad se construyen por la interacción entre los estilos de vida, los modos de vida y las condiciones de vida, en el escenario de las relaciones de poder entre los actores sociales (Restrepo 2013, 57)

La construcción latinoamericana ha problematizado el causalismo (Breilh 1979; 2003; Samaja 1993; Almeida Filho 2000) debido a la reducción científica del determinismo al principio causal, y como distorsión de la realidad, al considerarla únicamente como un mundo de conexiones constantes causales y de asociaciones externas entre factores; por ello, se ha fundamentado la noción de determinación, como proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades (Breilh 2010,89).

De la mano del materialismo dialéctico, la categoría determinación, ha logrado dimensionar procesos más profundos y relacionales, capaces de generar explicaciones de orden estructural e histórico, que alimentan el conocimiento e interpretación de los dominios general, particular, singular y de los modos de vida de los sujetos para explicar el objeto de la salud (Casallas 2011, 21).

Desde la epistemología de la salud, Juan Samaja¹¹ propone varias tesis para abordar la proyección de las ciencias de la salud, en la realidad concreta. Una de ellas consiste en entender las condiciones y situaciones de salud como las condiciones de reproducción social de las poblaciones. Así, el objeto de las ciencias de la salud es la descripción, valoración y forma de intervención en los procesos problemáticos presentes en la vida social y por tanto, dado que los obstáculos en la reproducción social son vivenciados por el sujeto, es allí donde la comprensión de la realidad objetiva se complejiza por la naturaleza propia de los sujetos (Samaja 2009,45).

Esta interpretación pasa por la jerarquización de tres tipos de subjetividad o de percepción de los problemas de la reproducción social: subjetividad comunal, subjetividad estatal y subjetividad societal. Los sujetos a su vez se movilizan entre problemas reales, problemas representados y problemas afrontados, bajo esta dinámica se complejiza la relación enfermedad y atención (Samaja 2009,120).

Para Samaja, (2009,125) una perspectiva desde las ciencias sociales enfatiza en una conceptualización de la salud extensiva a los problemas de la reproducción social, desbordando la salud biológica para llegar a otras formas de interpretación como la salud ecológica, política, antropológica, sociológica, jurídica y económica, entre otras, en

¹¹ Argentino, epistemólogo docente de la Universidad de Buenos Aires y director académico de la Maestría metodología de la investigación, Universidad de San Juan, son reconocidas sus contribuciones en las áreas de Filosofía de la Ciencia, Metodología de la Investigación, Semiótica y Ciencias Cognitivas. y la epistemología general.

tensión con las circunstancias de los sujetos que operan entre lo comunal y lo orgánico, lo político y lo comunal, lo societal y lo político.

Complementario a lo anterior, y a propósito de los obstáculos epistemológicos de la salud, Samaja, avanza en la perspectiva ontológica y transdisciplinar, para interpretar el problema en la concepción y delimitación del objeto salud, desde el paradigma positivista, que se evidencia además en las prácticas. Un ejemplo específico es la divergencia disciplinar en la enseñanza, porque es explícita la separación entre ciencias básicas, clínicas, psicosociales, que a la postre impiden la integración del objeto de la salud y del conocimiento de su naturaleza y función.

Samaja considera que una vez instalado este problema, con una evidente falta de respuesta a los conflictos desde la epistemología, se hace necesario buscar un planteamiento superior desde la ontología; debido a que pueden estar quedando de lado características constitutivas del objeto, en principio por una falta de comprensión de la complejidad del mismo, que actualmente están reducidas al mundo de los hechos desde una lógica newtoniana, obviando las entidades y los sujetos.

El autor sustenta para valorar los conceptos que validan la unidad del objeto, deben confluír tres grandes categorías interpretativas: “i) cualidades; ii) relaciones y iii) mediaciones o representaciones. La cualidad implica un fundamento y no un correlato; la relación implica correlato y fundamento; y la representación implica fundamento, correlato e interpretante, lo que significa que donde hay representaciones hay causas y cualidades” (Pierce, citado por Samaja, 2009,202).

Esta concepción se contrapone a los planteamientos de Newton quien desconoce las representaciones del orden del ser para interpretar la realidad, imposibilitando una síntesis entre cosas, sujetos y reglas. Los seguidores de esta visión admiten la existencia de lo complejo, pero no lo examinan científicamente. De esta forma, los epistemólogos de esta corriente han consagrado como ciencias a las disciplinas naturales, fundamentadas en juicios analíticos y tautológicos, y han relegado a las ciencias sociales como ciencias en proceso de conformación y conjugación de las técnicas que les permitan naturalizar sus temas y objetos para ser aceptadas como tales.

Para el caso de la salud y la enfermedad, la visión de las ciencias naturales imposibilita interpretarlas como valores culturales y no reconoce la existencia del sujeto porque no corresponde con una entidad científica objetiva.

Para confrontar este modelo Newtoniano, Samaja planteó un modelo con niveles de integración de la realidad ontológica del ser, mediante estratos. Fundamentado en

Kant, Samaja ubicó que la realidad inicialmente debe ser vista como algo caótico que por su comportamiento contradictorio va conformando un escalonado proceso de equilibrio. El modelo se sustenta en la comprensión de la génesis y la estructura de las redes híbridas, concepto introducido por Latour (1993, 67), que da cuenta de los problemas reales. Samaja afirmó que los valores y los sujetos son momentos o dimensiones constituyentes de la realidad, compuestos por cosas (abstracción constituida por una historia formativa, jerarquía estructural y una procesualidad orgánica incesante) que a su vez mantienen en su interior instancias gramaticales (reglas) y subjetivas (tensiones y elecciones).

Finalmente, Samaja acotó que lograr este modelo ontológico estratificado implicaría la categoría organización jerárquica y la noción de sujeto tanto consciente como inconsciente (Samaja 2009, 222). Dado que frente a la praxis en el campo de la salud, el modelo de Samaja da importancia al sujeto para investigar la realidad concreta de la salud y reconocerla a la luz de los niveles de los procesos reproductivos, con jerarquía funcional y estructural, lo que se espera es que los actores (trabajadores de salud) dispongan de recursos conceptuales que les permitan actuar sobre la complejidad de los fenómenos superando la perspectiva de un único nivel o única función a la que permanentemente se ven expuestos (Samaja 2009, 224).

Las anteriores reflexiones abordadas con generalidad sobre el modelo ontológico propuesto por Samaja conducen a introducir la noción de complejidad en la salud, como escenario que posibilita claves metodológicas, bajo la premisa que sea posible reconstruir la fractura de las ciencias de la salud entre los campos científicos de las ciencias naturales, culturales y formales. Para ello se vale de la semiótica como perspectiva transdisciplinar en tanto que las disciplinas se sintetizan en la relación con las cosas (semántica), la relación con los usuarios (pragmática) y la relación con los signos (sintaxis). La semiótica ha sido entendida como una lógica ampliada. Los aportes de Samaja han sido de importancia al interior de la MS/SC, en tanto ellos desde el nivel de la ciencia del conocimiento devela las contradicciones con el modelo biomédico e introduce la visión de la complejidad para el abordaje de lo que significa la salud como objeto.

Por otra parte Almeida Filho, sugiere que una nueva ciencia se encuentra en pleno desarrollo, demandando categorías epistemológicas propias (como parece ser la categoría de la complejidad), nuevos modelos teóricos (como la “teoría del caos”) y nuevas formas lógicas de análisis (como por ejemplo, los modelos matemáticos no

lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes). (Almeida Filho 2006,42). Los planteamientos de Almeida y otros autores que comparten esta visión epistemológica caracterizan una de las rupturas de la MS/SC en su interior frente al posicionamiento de enfoques macroestructurales que sustentan sus categorías en el materialismo histórico y la dialéctica, propios del pensamiento moderno, en tanto muchas de las nuevas propuestas, están fundamentadas en la posmodernidad.

Estos postulados iniciales, muestran la capacidad y rigurosidad de los autores para explicar la salud, desde la MS/SC las bases epistemológicas están suficientemente argumentadas para dar validez a un estilo de pensamiento, como lo desarrollo Fleck, autor desde el cual se hace la revisión de la MS/SC como un colectivo de pensamiento, he utilizado estos referentes teóricos para demostrar como la MS/SC contribuyen a una explicación y comprensión diferentes del objeto salud, las posturas diferentes y las y divergencias internas, hacen parte de los estilos y sus debates promueven más preguntas acerca del saber del propio objeto. Estos aportes epistemológicos recaen inmediatamente en la transformación que requieren los servicios sanitarios. En ese sentido y dados estos postulados la tesis busca desarrollar los obstáculos para que la MS/SC no se haya consolidado como un paradigma científico y cuáles son los desafíos para allanar este camino.

3. La génesis de medicina social/salud colectiva: una visión desde el materialismo histórico y dialéctico

Durante la década de los 70, Latinoamérica intentaba superar la crisis geopolítica, energética y tecnológica, propia de los efectos y las crisis del capitalismo, en particular “ Las frágiles economías de la periferia capitalista (América Latina y el resto de países llamados “tercermundistas”), vieron agudizada su vulnerabilidad al recibir cada vez menos valor por sus productos de exportación (generalmente materias primas y productos agrícolas sin procesar y con precios reales descendentes), al vender sus productos en un mercado mundial inundado de dólares devaluados, con los cuales los países periféricos tenían que hacer compras de importación de productos tecnológicos y maquinarias del “primer mundo” (con precios reales ascendentes). (Barrios 2011, 4)

Paralelamente, los movimientos sociales emergían con una acogida significativa, así, por ejemplo, ganaban simpatía, el movimiento pacifista que se oponía

a la guerra de Vietnam; los movimientos antirracistas, liderados por Martin Luter King y las panteras negras; el movimiento ambientalista; el -club de Roma; el movimiento Hippie, entre otros. Un resultado común a estos movimientos sociales fue que lograron generar insubordinación contracultural, este contexto sensibilizó e incorporó a líderes y activistas de la salud, quienes se propusieron construir una búsqueda conceptual que posibilitara interpretar y actuar ante la crisis propia de la salud pública.

El materialismo histórico y dialéctico, fue inicialmente el abordaje conceptual en el que se ubicaron los profesionales de la salud, al tener como referente la economía política centrada en la discusión del hombre y de la naturaleza. Desde el marxismo, el proceso salud-enfermedad se entiende como una producción social, en tanto, es valor de uso, producto del trabajo enmarcado en la relación sociedad –naturaleza. El sujeto, cuando se relaciona con la naturaleza también se relaciona consigo mismo, el trabajo que transforma a la naturaleza, también lo transforma a él; es así como a través del trabajo, el ser humano se auto produce, el ser humano no sólo produce cosas, también se produce a sí mismo. Esta autoproducción del sujeto tiene niveles: el proceso de producción-dominio de sí y el proceso de reproducción, no solo se producen relaciones productivas, sino también, simbólicas, lingüísticas, intercambio de significados en la materialidad que se procrea. Sin embargo, en el capitalismo ocurre una transpolación, ya no son los sujetos los que producen objetos, sino que los objetos producen sujetos. En el siglo XX, el capitalismo optó por la autodestrucción, con el abuso del consumo de la naturaleza, potenciando así las fuerzas destructivas (L. Carmona 2010, 5).

Por otra parte, la Medicina social, encuentra en el concepto de necesidad de Marx, una potencia explicativa de la enfermedad. La necesidad es histórica, como el sujeto con quien interactúa y se produce en relaciones materiales; las necesidades del sujeto no son estáticas, son dinámicas, modificables y deben trascender hacia la libertad, lo que se equipara a una visión de la salud como el buen vivir. El desarrollo de las fuerzas productivas permite resolver la necesidad, con la lucha de la clase obrera proletaria.

Así mismo, las categorías trans-históricas referidas a lo general y lo histórico, a lo particular, se articulan en una relación dialéctica: todo /parte e individuo /sociedad, y de allí surge el análisis de la reproducción social. Lo que caracteriza al reino de la necesidad, es el conflicto entre estructura y configuración, lo trans-histórico se define en la sociabilidad, el trabajo, la producción (Barreda 2009).

De esta forma cobra sentido para los teóricos de la medicina social. El carácter histórico de la salud, tomado del materialismo histórico, como un componente trans-histórico en la sociedad e histórico en las colectividades, dimensionando la salud en relación dialógica con la enfermedad, así se configura la noción de proceso salud-enfermedad,

Siguiendo con los aportes traídos a la medicina social, desde la tradición marxista, Breilh cuestiona las categorías clase social y distribución, empleadas, en la epidemiología positivista, principalmente por Camel y Mac Mahom, por su insuficiente marco explicativo y acude a la dialéctica para establecer análisis y métodos más profundos. Para Breilh, tal insuficiencia explicativa de la categoría distribución se produce porque coloca tímidamente lo social, como un factor multidimensional, en tanto que la noción de clase social es equiparada a condición social, que se suma, como otro valor, a la distribución de la enfermedad.

Breilh articula la clase social ampliamente trabajada por Marx y Engels con la salud, y la inserción de las personas en el aparato productivo y los intereses históricos que de ella se derivan, en palabras de Marx “clase en sí” y la capacidad de consolidarse unitariamente para realizar otros intereses “la clase para sí”. Para Breilh, la dialéctica entre clases y causalidad es inseparable e interdependiente. Entonces, la determinación social del proceso salud-enfermedad, se encuentra en lo general (social), en lo particular (epidemiológico) y lo individual (causal, el caso clínico) (Breilh 1977, 24).

El mismo autor retoma del materialismo dialéctico la comprensión acerca de la determinación del proceso salud-enfermedad, a partir de la reproducción social, diferente en cada clase social, constituyendo, así, los perfiles de salud – enfermedad.

Por otra parte, el materialismo histórico aborda el proceso de trabajo como categoría central de la reproducción social y la MS/SC, establece el nexo biopsíquico humano, entendido como el vínculo de apropiación del hombre con la naturaleza, transformándola y transformándose a sí mismo. Esto determina el metabolismo entre hombre y naturaleza (Laurell y Noriega 1989).

Para Marx, en el tomo 1, del capital, cuando desarrolla la naturaleza externa / interna, el principio y fin es el sujeto, allí radica la estructura trans-histórica del proceso de trabajo; que en el capitalismo no se cumple, porque el sujeto vive en calidad de objeto y el objeto está en calidad de sujeto, todos los objetos están automatizados como objetos prácticos, el sujeto esta subsumido por el objeto. (Laurell y Noriega 1989, 23)

En tal sentido, es pertinente retomar a Marx cuando explica cómo la modernidad centra sus posibilidades de desarrollar las fuerzas productivas a través de la alienación que produce la fragmentación del proceso productivo, con lo cual se despoja al trabajador del control total del conocimiento y transformación que tenía sobre el objeto a través del trabajo.

Para Laurell y Noriega, la medicina social requería avanzar en explicaciones sólidas sobre el proceso salud-enfermedad y sus nexos con el trabajo, de esta forma fue posible ubicar el nexo en la expresión de la corporalidad humana del proceso histórico en un momento determinado. El nexo biopsíquico se constituyó en un nuevo objeto que permitió evidenciar el “desgaste”, o pérdida de la capacidad potencial y efectiva biopsíquica, expresada comúnmente como la patología “[...] que está determinada por el momento reproductivo del modelo capitalista, pues en el trabajo enajenado, hay un uso deformador y deformado tanto del cuerpo, como de las potencialidades psíquicas, conduciendo al perfil patológico del grupo social.” (Laurell y Noriega 1989, 56)

En segundo lugar, este nexo histórico también es la expresión de la subsunción de lo biológico en lo social o la reproducción social de las formas biológicas, y tiene relación con el uso y transformación de la naturaleza hecha por los sujetos en un momento determinado. El énfasis está en dotar de carácter colectivo a esta reproducción, y no en los individuos; por ello es posible establecer la articulación entre inserción social y la centralidad del proceso de trabajo, que registra el aporte de la Medicina social al profundizar en el análisis sobre las formas históricas que adquiere el trabajo en el capitalismo, definiendo así un nuevo objeto científico de estudio (Laurell y Noriega, 1989: 69).

Como se ha descrito hasta ahora, la MS/SC, se ha ocupado del debate sobre el proceso salud-enfermedad entendiendo la complejidad de lo social de acuerdo con los contextos y momentos específicos de cada país. No obstante, Laurell plantea cómo al interior de la propia corriente de pensamiento, existen diversas posturas respecto a la concepción social del proceso salud enfermedad, en relación con la construcción del objeto salud, sus relaciones internas y externas y el abordaje metodológico.

Según la autora, por lo menos se derivan tres posturas, la primera, se fundamenta en la historicidad de los determinantes externos de la enfermedad, allí la presencia de agentes o la exposición a riesgos, se consideran como los mediadores entre lo social y lo biológico, lo social resulta externo a lo biológico. La segunda, jerarquiza los niveles de complejidad de la sobre determinación, así lo social subsume lo biológico. La tercera

interpretación reconoce la influencia de los procesos biológicos humanos, dejando la postura histórica de la concepción biomédica, por ello ha trabajado en la adopción del concepto de nexo biopsíquico humano (Laurell 1994, 67)

Un necesario y actual debate es la relación hombre naturaleza una aproximación a Marx, planteada por Foster, acerca del metabolismo, señala cómo, en el proceso de trabajo, el hombre, por medio de sus propias acciones, media, regula y controla el metabolismo que se produce entre él y la naturaleza; de esta forma, el proceso de trabajo es la condición universal para la interacción metabólica entre el hombre y la naturaleza (Foster 2000, 23).

En tal sentido, es pertinente retomar la propuesta de complejidad que incorpora no sólo las múltiples dimensiones del proceso salud-enfermedad, sino que busca restablecer los movimientos que le son propios. Al ser así, el concepto “metabolismo”, forjado por Marx, se constituye en una herramienta para complejizar el objeto/sujeto, vincular el movimiento en sus determinaciones con lo cual se supera la escisión individuo /sociedad, naturaleza/ cultura. “El hombre vive de la naturaleza, ella constituye su cuerpo, y tiene que mantener un constante diálogo con ella si no quiere perecer. Decir que la vida física y mental del hombre está vinculada a la naturaleza significa que la naturaleza está vinculada consigo misma, puesto que el hombre es parte de la naturaleza” (Marx 1981, 147)

A partir de las investigaciones de la salud en su relación con el trabajo, la medicina social y la epidemiología crítica latinoamericana encaran la relación hombre naturaleza como un determinante del proceso salud-enfermedad:

A fin de ordenar y delimitar la observación se parte de la definición del ambiente como el conjunto de las condiciones de producción en las cuales la fuerza de trabajo y el capital se transformarán en mercancía y ganancia. “...pero hay que estar claros en que, la dimensión histórica o humanización de los procesos biológicos humanos y ecológicos, no consiste en que los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas se rijan directamente por leyes sociales, sino que, lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social. Las formas de desarrollo social se transforman de modo continuo; no hay nada constante en la vida humana, y sus cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción social imperante.” (Breilh, 2010, 22)

Concluyendo, el proceso salud-enfermedad se produce en la relación con objetos (naturaleza), este intercambio metabólico de energía entre dos entidades complejas: la sociedad y la naturaleza que conforman la totalidad, se dinamiza de forma dialéctica, es decir, contiene en sí lo paradójico. “Las sociedades humanas producen y reproducen sus

condiciones materiales de existencia a partir de su metabolismo con la naturaleza, una condición que aparece como pre-social, natural y eterna”. En otras palabras: “El metabolismo entre la naturaleza y la sociedad es independiente de cualquier forma histórica porque aparece previamente bajo las condiciones pre-sociales o histórico-naturales de los seres humanos.” (Schmidt 1976, 78).

Al respecto Leff, explica como pensar desde la complejidad implica deconstruir tres disociaciones históricas responsables en mucho del pensamiento reduccionista precursor del economicismo: la *disociación del ser y el ente*, que abrió la reflexión ontológica y epistemológica del pensamiento metafísico y filosófico. La *disociación entre el objeto y sujeto*, que fundó el proyecto científico de la modernidad; allí pudo fraguar una ciencia económica en un ideal mecanicista. Y la *disociación sociedad- naturaleza*, que determinó la primacía de las leyes ciegas del mercado y el predominio de la razón instrumental sobre las leyes de la naturaleza y los sentidos de la cultura, desembocando en la crisis ambiental (Leff citado por Soliz 2010, 78).

Hasta aquí, la génesis de la MS/SC conecta con la determinación social, el proceso salud enfermedad y su configuración en las clases sociales, estas categorías amplían la visión sobre el objeto salud y se mantienen en disputa con la visión de la epidemiología clásica.

De otro lado, en el contexto actual del capitalismo con la sobreacumulación de capital ha llevado a profundizar en la subsunción real del consumo (comida, residuos, vida urbana, naturaleza), todo el valor de uso y sometimiento del valor de uso, como medio de producción y medio de subsistencia. Esta subsunción real del consumo resulta de la lógica del plus valor y explota al consumidor. En el marxismo las categorías fuerza productiva (técnicas y procreativas) son útiles para pensar en clave de salud, es necesario ubicar la subsunción real de las fuerzas productivas, la subsunción real de las fuerzas procreativas, subsunción real de las fuerzas productivas generales (redes de transporte, informacional). En el análisis de contenido, más adelante, se profundiza sobre este aspecto.

4. Medicina social y Epidemiología crítica

La Salud Pública en sus orígenes orientó la atención en salud combinando medidas como el saneamiento básico, propio de la higiene y tecnologías para la expansión de actividades profilácticas tipo inmunización y control de vectores,

destinadas principalmente a intervenir en poblaciones pobres y sectores excluidos (Granda 2005, 89)

Esta perspectiva influyó en la formación del recurso humano de la salud, que, apoyado en el informe para las Américas, presentado por Abraham Flexner, llevó a modificar las bases científicas para la enseñanza de la medicina en la región y condujo a profundizar la separación entre lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo (Almeida Filho, 1999, 85). Este enfoque desplazó al modelo europeo, basado en la medicina francesa que había predominado en el continente y en la salud pública, y se instalaron los departamentos de medicina preventiva, que, a su vez, sustituyeron a las cátedras de higiene.

La crítica a la medicina preventiva, según Arouca, es que intentó transformar las representaciones sobre las prácticas médicas, redefinió sus responsabilidades manteniendo la naturaleza de su trabajo, amplió su espacio social preservando la organización hospitalaria y de consultorio privados, desarrolló una preocupación social sin dejar su actividad de tipo mercantil, disminuyó los costos de atención médica, manteniendo la tecnificación y medicalización de la atención del cuidado, busco mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, sin modificar ni interpelar la estructura social.

Por su parte, la MS/SC, y específicamente Sergio Arouca (2008), criticó, desde una visión estructural, al enfoque individualista propuesto por la medicina preventiva; además, analizó las condiciones históricas y las relaciones en la práctica médica, sus modos discursivos frente a la separación prevención y atención; y destacó las limitaciones epistemológicas y la insuficiente capacidad para resolver las problemáticas concretas de salud. Según Arouca, estas carencias le eran propias desde su concepción, puesto que, la medicina preventiva básicamente adjetivó el término prevención y lo segmentó en primaria, secundaria y terciaria; situación que separa la naturaleza de cada sujeto, al dejarle en igual condición, sin reconocer aspectos como: estructura de clase social, género, etnia y condiciones materiales para la producción, reproducción y consumo en la sociedad.

Por tanto, para Arouca la medicina preventiva, no dispuso de una teoría explicativa para una práctica en función del objeto salud, capaz de responder a la crisis propia de la medicina, ni una práctica para la transformación de las relaciones sociales. La separación entre prevención y atención no logró potenciar una relación entre medicina y estructura social, debido a que otorgó una gran responsabilidad a la familia,

al individuo y a la práctica médica. En palabras de Donnangelo “se reduce a un conjunto de intervenciones técnicas, sobre un objeto “el enfermo” descontextualizado de su inserción social.” (Donnangelo 1988, 345)

La medicina preventiva, utilizó el método de la epidemiología clásica, con el propósito de precisar la relación causa-efecto, como explicación de la historia natural de la enfermedad, ocurrida por la interacción: agente, huésped y medio ambiente, (Leavell y Clark), lo cual tuvo efecto directo en la organización de la atención, mediante acciones para disminuir la exposición a riesgos y afectar los factores predisponentes.

En 1974, en Canadá se conoció el Informe generado por Marc Lalonde, Ministro de salud, donde se reconoce que esta no corresponde a un estado sino el resultado de la interacción de múltiples causas, que se gesta en la comunidad y por tanto no es simplemente un asunto de los individuos, el proceso salud enfermedad para Lalonde comprende cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud, en lo que se denominó el campo de la salud. No obstante, el avance frente a la mirada de la fisiopatología, el análisis mantiene un predominio en los factores genéticos y lo social como propio de los hábitos o estilos de vida (Quevedo 1990, 16).

Por su parte, en 1978, la Organización Mundial de la salud, bajo la conducción de Halfdan Mahler abre una oportunidad de cambio al tener como referencia la influencia de las condiciones de vida de las poblaciones en el deterioro de la salud y bajo la figura de la salud como derecho y bien fundamental, de esta forma promovió en acuerdo con 137 países, “La Atención Primaria en Salud -APS- como la estrategia que permitiría una articulación favorable entre salud y desarrollo socioeconómico, puerta de entrada a los sistemas de salud desde una perspectiva universalista. Por ello se planteó un conjunto de indicadores mínimos deseables que debían lograr los Estados, con miras a “alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y económicamente productiva” (Halfdan Mahler, citado en Grupo Fergusson 2012, 11).

Este acuerdo fue truncado por las limitaciones en la acción de los gobiernos para superar las inequidades, la organización de servicios bajo la lógica de la focalización y la atención concentrados en grupos específicos, y en consecuencia no logra metas tan deseables como salud para todos en el año 2000. Por el contrario, en la región y en general en el mundo, la situación de salud y la atención de servicios son críticas, sin llegar a una perspectiva colectiva.

Posteriormente, en el nuevo siglo, se registró un tímido avance en la perspectiva funcionalista, al centrar la explicación de la enfermedad como un resultado de las desigualdades sociales, situación expuesta en el informe realizado y publicado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, liderada por Michael Marmot (2008), bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud, no obstante, lo social aparece como un ordenador lineal, sin jerarquías y sin pretensión de cambios estructurales, haciendo principal énfasis en:

- Los contextos sociales, económicos y políticos como determinantes de la condición de la salud de las personas, porque definen la estratificación social.
- La estratificación se produce por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social.
- En el nivel individual, se concretan determinantes específicos (condiciones de vida: exposición diferencial y vulnerabilidad diferencial).

Según el informe Las inequidades producto de las circunstancias de vida de las personas genera efectos acumulativos: “mientras una persona esté más expuesta a circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y menor la posibilidad de disfrutar una vejez sana” (Marmot 2006, 9).

A pesar de que el informe global y 7 informes temáticos de la Comisión de determinantes sociales identificaron y destacaron las inequidades de salud en todo el planeta, los intereses económicos y políticos globales no permitieron concretar las acciones políticas en los países, para superarlas, y rápidamente, la propia OMS, dejó de lado este enfoque de los determinantes sociales de la salud, quedando reducido al ámbito de las explicaciones, no así, al de las acciones requeridas como respuestas sociales, persistiendo un modelo cuyos referentes fueron la biologización, la medicalización y el negocio de la salud ante un creciente deterioro en las condiciones en la salud.

Por su parte, desde Ecuador Jaime Breilh, investigador y precursor de la MS/SC, propuso el abordaje de las acciones en salud, bajo la perspectiva de la epidemiología crítica, entendida como “...el conjunto de condiciones, ideas y prácticas que conforman un movimiento históricamente determinado, y entiende la salud como un proceso complejo, que incluye los procesos generales de la sociedad, los cuales definen el modo de vida de los grupos y procesos socio individuales de los sujetos.” (Breilh 2013, 67)

La epidemiología crítica se sustenta en tres categorías analíticas: la determinación social de la salud, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza. Uno de los mayores aportes de la MS/SC lo constituye esta visión contra-hegemónica de la epidemiología porque establece una ruptura con el paradigma dominante de la salud pública y de la epidemiología anglosajona.

La categoría determinación social de la salud, observa al objeto de la salud desde un proceso histórico-dialéctico, complejo y multidimensional, que abarca la producción de condiciones de salud y de vida, cuyo desarrollo se genera en medio del gran movimiento entre la sociedad y la naturaleza, sometido su vez, a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación, poder y cultura. Un metabolismo entre la sociedad y la naturaleza, entre lo biológico y lo social, que se mueve por la oposición dialéctica, en espacios sociales históricamente determinados, entre las tendencias saludables-protectoras y las tendencias malsanas-destructoras de esos procesos, algunos de los cuales corresponden al orden general, otros al orden particular y otros al orden singular de la reproducción social (Breilh 2013, 68).

Además, la determinación social, ubica tres planos o niveles que interrelacionados producen la salud o la enfermedad: El *plano general*, corresponde al orden estructural y organiza las relaciones macro, el modelo de producción, las políticas; el *plano particular*, actúa como mediador y corresponde a las oportunidades o posibilidades que tienen los grupos humanos de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad, por lo tanto, la clase social es un determinante de los modos de vida de los grupos sociales; y el *plano singular*, corresponde al individuo, contempla el genotipo y fenotipo y es vinculante con los dos anteriores, determinando los estilos de vida (Breilh 2003, 47).

En la categoría reproducción social, se ha propuesto operacionalizar la clase social para interpretar el complejo movimiento de las condiciones y distribución de las poblaciones y como criterio, que determina los modos de vida y reconceptualiza el espacio geográfico y social.

Esta categoría aparece en contraposición a la epidemiología convencional-anglosajona, que incorpora las nociones de estrato social o la clasificación socioeconómica, y establece un ordenamiento nominal, clasificándola como baja, media y alta. Acude al uso de indicadores que buscan medir y dar significado a la clase social, con índices que incluyen variables como: ingreso, empleo, educación y ubicación de la vivienda; aunque, en conjunto, todos ellos se aproximan a una mirada de la condición

social, son demasiado generales y no logran ubicar las particularidades que se anidan al interior de las propias clases, en sus modos de vida y en las condiciones históricas de los grupos sociales.

Por su parte, la epidemiología crítica retoma, desde la teoría marxista, el concepto de clase social, para comprender el entramado de relaciones estructurales, referidas al modo de producción, y reconoce la asignación del sistema a individuos determinados, por el lugar que ocupan en el sistema de producción, por las relaciones que se dan frente a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la división del trabajo y por el modo y proporción en que se distribuye la riqueza (Cueva 2008, 356).

Para la epidemiología crítica, la clase social es la característica determinante del modo de vida, del disfrute de derechos humanos y del acceso a los bienes de los que depende la calidad de reproducción social. Está determinada por la ubicación de una familia nuclear en el sistema de relaciones de poder: tipo de actividad, formas de propiedad, relaciones técnicas en el trabajo, forma y tipo de cuota de la riqueza social que disfruta (Breilh 2010, 78).

En general, el debate propuesto desde la epidemiología crítica sitúa dos elementos: el primero cuestiona cómo los indicadores clásicos de nivel socioeconómico (ingreso, educación, empleo o acceso servicios) permiten demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad, convirtiéndola en una expresión verificable de la inequidad. Es decir, mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de la inequidad, representada, por ejemplo, en las estadísticas (Breilh 2010, 72).

El segundo elemento apunta a la inequidad, representada en las relaciones de poder y en la clase social, referida a la apropiación de los recursos y acumulación de orden económico, social y cultural. La epidemiología crítica supera los preceptos inductivos del positivismo, utilizando constructos teóricos y metodológicos capaces de entender la complejidad social a través del análisis de los dominios propuestos por la determinación social y en particular, incluir el carácter histórico.

Otro debate entre la epidemiología convencional y la epidemiología crítica se ha generado a partir del ordenamiento de las variables, que indagan sobre situaciones particulares de las poblaciones. En el primer caso, la ciencia positivista ha indagado permanentemente por tres aspectos: tiempo, lugar y persona. El tiempo no es asumido

como una continuidad histórica, sino como una posible medida de inducción al daño por exposiciones prolongadas; la persona, a lo sumo, es asumida de acuerdo con su condición de sexo, hombre o mujer, y con unos rangos verticales de grupos étnicos, en tanto que la variable espacio, se utiliza para ubicar la procedencia del sujeto analizado, el lugar donde habita o trabaja, pero, más allá de una taxonomía genérica, es muy poca la posibilidad de exploración.

En el caso de la epidemiología crítica, se ha profundizado este análisis bajo la figura de la triple inequidad: de género, de etnia y de clase social. Esta visión incorpora las concepciones históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales. Particularmente, el espacio es un concepto en disputa o consideración diferencial, puesto que, para la epidemiología crítica, además de ser un escenario geográfico, se identifica una noción cercana a la idea de la tierra, de lo próximo, incluso con el pensamiento intercultural de la madre naturaleza o de la esencia del hombre; así pues, comprende el territorio como un componente de los aspectos históricos y por tanto como parte de la determinación social.

Por consiguiente, el concepto de territorio tiene implicaciones en los procesos críticos, que logran, desde la geopolítica, incorporar conceptos como los territorios sociales, concebidos como aquellos donde se precisa el mundo de la vida, donde se leen y encuentran las expresiones de la inequidad. Por tanto, el territorio es un dispositivo potente al momento de generar la operacionalización y ordenamiento de las metodologías, que orientarán procesos de la investigación.

La epidemiología crítica retoma los análisis de Henry Lefebvre y Milton Santos sobre la producción social del espacio, posicionando el espacio geográfico como escenario histórico diverso, enfatizando en la comprensión de las diferencias entre espacio, geografía urbana y ecología urbana. En estos análisis, se concibe el espacio como la categoría más general que incluye la geografía y la ecología urbanas. La primera noción contempla, a su vez, los procesos transformados históricamente incluyendo infraestructura y equipamiento de la ciudad, es decir “producción del consumo-circulación y de lo simbólico”; por su lado, la ecología urbana comprende las relaciones de especies entre sí en la ciudad y su entorno orgánico. Breilh llama la atención sobre la relevancia de no caer en un determinismo biológico indicando que este se subsume a lo social y propone la salud urbana como un proceso complejo y dialéctico.

En síntesis, la epidemiología crítica aporta a la comprensión integral del territorio para dimensionar los aspectos estructurales que determinan la reproducción de la salud y la relación con la naturaleza.

5. Las ciencias sociales y el campo de la salud colectiva

En la epistemología de la MS/SC, lo colectivo y lo social son referentes básicos cuyos orígenes disciplinares son las ciencias sociales, y particularmente la corriente de la sociología crítica latinoamericana, que en la segunda mitad década de los 60, según, Marsal citado por Nunes, se caracterizó por: una transición disciplinar expresada en un compromiso del investigador y profesional, a cambio de la neutralidad científica legitimación de las praxis sociales, valoración de análisis nacionalistas y de la periferia frente al internacionalismo y la sociología mundial, esta confrontación al paradigma positivista y conductual allana un camino y oportunidad para los pensadores de la MS/SC, entre otras por la identidad de realizar análisis políticos y sociales con una crítica al estado (Sefchovich, citado por Nunes, 224).

Señala Nunes, que la antropología, principalmente con acciones y estudios sobre nutrición y cultura tuvo una vinculación más temprana, en la década de los 40 al mundo de la salud, en América latina, con el apoyo financiero del Instituto de Asuntos Interamericanos, la división de asuntos internacionales de la Fundación Rockefeller (Nunes.2011,225).

Estos antecedentes son relevantes en tanto que, en Brasil, el paso hacia la institucionalización de la salud colectiva, mantuvo un aporte epistemológico y metodológico que vino de la mano de las ciencias sociales (Nunes 2016, 224).

Es el seminario, organizado por la OPS, Juan César García, enfatizaba que una sociología crítica debería ocuparse de profundizar los estudios y la formación en:

- Las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas.
- Las relaciones entre las acciones para la organización de los servicios de salud, los modos de producción las formaciones socioeconómicas y el concepto de salud
- Las investigaciones históricas sobre el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica en el continente.

En relación con la definición epistemológica entre las relaciones de las ciencias sociales y las ciencias biológicas según este nuevo modelo. (Nunes 2016, 226).

La importancia de estos aportes es que permitieron a la MS/SC resignificar el objeto salud, para describirla, reconocer y clasificación los hechos que facilita la anticipación o proyección de funciones que darán sentido, en el campo científico, a los modelos (Nunes 1999, 23).

Para Briceño, esta aproximación entre ciencias sociales y salud data del siglo XIX, en Europa, y es entendida desde tres perspectivas: la explicación de lo médico por lo social, la explicación de la enfermedad por lo social y, finalmente, la estructuración de un nuevo campo teórico entendido como las ciencias sociales de la salud. En principio, los estudios reportaron la preocupación del médico por aproximarse a reconocer los nexos entre las situaciones de las personas y la enfermedad, y específicamente los efectos de la censura moral o el estigma sobre enfermos. Con la reforma del Estado, hacia los años 80, el énfasis de la investigación social se instaló en los sistemas de salud y en cómo estos garantizarían la atención a la población o, incluso, qué obstáculos generarían.

La transición de la sociología en los 80 y los 90 anuncio el debate interno sobre el conocimiento y la ciencia, dando curso al abordaje de la nueva sociología, bajo la lógica de los teóricos del Programa Fuerte (Bloor, Latour), de esta visión MS/SC lograron nutrirse de la discusión sobre poder y conocimiento y luego de un campo más propicio como los estudios sociales de la salud (Quevedo 2018, 34).

Asimismo, las ciencias sociales han contribuido para que tanto la enfermedad como los enfermos tengan un lugar distinto, de acuerdo con las circunstancias sociales que les determinan; han contribuido a la configuración de espacios para la participación comunitaria alrededor de procesos de salud. Y no menos importante son los vínculos a la investigación con el enfoque cualitativo y sus técnicas para el conocimiento de la salud, otorgando al sujeto un lugar antes no dado desde el positivismo (Minayo, citada por Briceño 2003, 129).

Entre las categorías analíticas que la sociología aportó a la MS/SC, se encuentra el sentido de lo colectivo, para Nunes, este término incorpora a su vez dos nociones, sociedad y estructura. La sociedad entendida como la entidad que se constituye por relaciones establecidas entre un conjunto de individuos, unidos para lograr la realización

de ideales, incorporando las instituciones. Esta categoría aborda perspectivas históricas, la relación Estado y sociedad, y finalmente su comprensión como una “entidad” que trasciende a los individuos que a ella pertenecen” (Comte, citado por Nunes 1989,23).Para la salud colectiva, es significativo comprender que su objeto no será representado por los cuerpos biológicos sino por cuerpos sociales, grupos y clases sociales referidas al proceso salud- enfermedad, lo que a su vez ha conducido a debates sobre la construcción de sujeto y subjetividad ,otro aporte de las ciencias sociales. (Nunes 1999, 57).

Por su parte, la noción de estructura, contiene un acervo desde la economía política marxista y su apropiación es equiparable a la estructura social, que corresponde a “sistemas de restricciones que señalan la acción individual, sin margen de autonomía para los sujetos” (Nunes 1989, 225).

En la conclusión de su ensayo, Nunes propone que hoy día los estudios teóricos buscan superar los antagonismos, por ello plantea como útil para la salud colectiva el empleo de conceptos colectivo/individual, objetivo/subjetivo, como una perspectiva constructivista que aprende en sociedad y propone construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos. Su propuesta lo articula a los aportes de Paim y Almeida Filho, sobre la necesidad de refundar una nueva posibilidad para confluir las dimensiones objetivas y subjetivas de la salud, sin oposición a las estructuras, asumiendo un marco conceptual para la salud colectiva que no sea exclusivo y ni excluyente (Paim y Almeida Filho, citados por Nunes 2010, 29).

Por otra parte, desde la antropología médica, es relevante el trabajo realizado por Eduardo Menéndez en cuanto al desarrollo de estudios de carácter crítico, a partir del concepto modelo médico hegemónico. Menéndez describió los efectos en la salud de las poblaciones a propósito de la mirada capitalista, que en el siglo XIX privilegió en el análisis de la enfermedad, un abordaje biologicista individualista, a histórica y pragmática (Castro 2011). Este concepto se ha ampliado para estudiar las relaciones sobre salud y enfermedad bien sea desde la subalternidad o desde las crisis propias del modelo económico en el marco de las relaciones sociales y culturales.

Por su parte, Asa Cristina Laurell, en México, planteó que “la enfermedad tiene un carácter histórico y social, esa naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermar y morir, de los grupos humanos; no es, en el estudio de los enfermos que vamos a aprehender mejor el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos” (Laurell 2011, 37).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, los aportes de las ciencias sociales dan mayores elementos para sustentar que no es posible separar la salud y la enfermedad, por su carácter procesual e histórico, como tampoco abordarlos sin una lectura del contexto político, económico y social.

Finalmente, como lo describe Breilh, en la entrevista realizada para este trabajo, el tránsito entre Medicina social y salud colectiva se explica en tanto: “ la medicina social es una etapa embrionaria de la salud colectiva, mientras la MS estaba ligada a médicos con visión social o sociólogos con interés por la salud, pero todavía enmarcados en el terreno de la salud pública, la salud colectiva de América Latina cambió completamente el objeto de transformación tornándolo intercultural, y abriéndose a los problemas de la salud y el ambiente” (Breilh 2012, entrevista personal).

Estos planteamientos de la MS/SC, en articulación con otras disciplinas viabiliza en la actualidad aproximaciones entre el pensamiento y para la acción con disciplinas como la economía política, para ampliar la comprensión de la relación sociedad-naturaleza, el movimiento de la reproducción social y de la producción histórica de los sujetos. Desde la sociología y la antropología, una interpretación profunda de las relaciones sociales de clase, étnicas, culturales, de género así como de los modos de vida, desde la teoría del poder y los derechos una comprensión del Estado, los sujetos políticos y la transformación de una conciencia estratégica colectiva del derecho a la salud (Breilh 2010, 59).

6. La medicina social y la historia social del conocimiento

Este capítulo ha descrito la configuración y consolidación de la MS/SC principalmente desde la disertación epistemológica frente al objeto salud, no obstante, la importancia de sus aportes conduce permanentemente a la pregunta si existe una teoría de la salud colectiva. Este apartado tiene como propósito documentar como se constituyó una visión crítica del objeto salud y cómo se produjo y se mantiene el correlato entre el pensamiento científico y su interacción con las ciencias sociales y de la salud.

Lo anterior está relacionado con el interés de la filosofía científica del siglo XX por reconocer el conocimiento basado en un método científico desde los postulados del positivismo, tal como lo planteo el Circulo de Viena, una interpretación de la ciencia, que desconocía los procesos históricos en las construcciones racionales. Frente a ello

algunos investigadores documentaron otras formas de organización del conocimiento, autores como Ludwik Fleck (1935) o Thomas Kuhn (1962) para interpretar la génesis de las prácticas científicas (Hacking y Ian 1981, 345)

En la evolución de las ciencias sociales y principalmente desde la sociología del conocimiento, se generaron otras formas de precisar el conocimiento para dar relevancia a la historia y a los cambios de la ciencia, así como a la comprensión y uso del poder y control social presente en ella (Nieto 2018, 35).

2.6.1. Estilos y colectivos de pensamiento

Fleck microbiólogo y filósofo polaco propuso un enfoque sociológico del quehacer científico en la década de 1930, para identificar la interacción entre los factores internos y externos del desarrollo de las ciencias, es por ello identificado como el precursor de Kuhn, quien luego daría curso desde la historia de las revoluciones científicas a una revisión de la dicotomía entre externalistas e internalistas, lastimosamente por el periodo histórico en que Fleck realiza sus estudios y publicaciones, no logra tener un mayor impacto entre los científicos. No obstante, hoy día es indiscutible su aporte a la construcción de los estudios sociales de la ciencia

La relevancia de la obra de Ludwik Fleck radica en que disiente que la teoría de la ciencia sea un constructo formal, por el contrario desde su visión corresponde con una actividad desarrollada por comunidades de investigadores denominadas “colectivo de pensamiento” para designar a la comunidad científica de un campo determinado, que a su vez constituyen un “estilo de pensamiento”; con un conjunto de normas, saberes y prácticas que son compartidas por los individuos que lo conforman. (Barros y Delizoicov D 2008, 14).

La Génesis y desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría de un estilo y colectivo de pensamiento su obra más conocida se publicó en (1934), en ella Fleck escribe en contra de toda noción estática de ciencia y centra sus planteamientos en el carácter interdisciplinario y colectivo de la actividad científica, y propone “el análisis epistemológico de la estructura interna de la disciplina médica, desarrollando dos temas principales: 1- El estudio de un caso médico en torno a la sífilis. 2- Las consecuencias epistemológicas que de ello se desprende” (Falconi 2014, 2).

Fleck caracterizó dos momentos en la evolución del pensamiento científico: el reconocimiento de los hechos que encajan en la teoría y la época de las complicaciones,

en la que se hacen conscientes las excepciones, para contrastar el desarrollo de realidades históricas. Estos aspectos son centrales para identificar la diferencia, al abordar los temas que comprometen al objeto salud y rescatar la diversidad de pensamiento existente, y lograr cohesión de pensamiento con la menor arbitrariedad posible, razón por la que he considerado que sus postulados se aproximan a los preceptos de la MS/SC.

Para Fleck, el concepto estilo de pensamiento corresponde a un percibir de los hechos o preceptos que adquieren estructura entre sujetos que a su vez comparten una visión que se configura como colectiva, queda caracterizado por los rasgos comunes de los problemas que interesan al colectivo de pensamiento, por los juicios y por los métodos que emplea como medio de conocimiento.” (Ludwik, 1986: 9). El estilo de pensamiento desarrolla tres etapas: instauración, extensión y transformación de los hechos científicos.

El estilo de pensamiento pertenece a una comunidad, que le da sentido y fuerza, como también el cambio de este estilo a otro no supone la completa eliminación del anterior. Fleck propuso el ejemplo sobre la concepción de enfermedad infecciosa, que se proyecta desde la creencia de un demonio que lucha con la persona, hacia la idea construida de miasma, que mantiene vigencia y relación con la anterior, para llegar últimamente a la teoría del agente patógeno, como entidad que explica la patología infecciosa”. Todas estas nociones son ejemplos de transformaciones de una misma “realidad” con base en estilos de pensamiento distintos. “ (Falconi 2014, 7).

Para la MS/SC su aproximación a corriente de pensamiento es el mayor consenso entre los autores que han promovido un análisis epistemológico de esta producción latino americana.

2.6.2. MS/SC como paradigma

El concepto de “paradigma” introducido por Thomas Kuhn, en 1962, como categoría teórico-metodológica de análisis en la historia de las ciencias (Kuhn 2004), dio apertura a una controversia sobre el conocimiento científico, principalmente, a las tesis desarrolladas por la corriente positivista. Para Kuhn, el énfasis, más que en el método, se encuentra en la historia de la ciencia, ya que permite momentos de afianzamiento para las teorías y conceptos, en lo que ha sido descrito como la ciencia

normal. Tales momentos dan lugar al afinamiento y comprobación, mediante la investigación de los principios que conforman un paradigma.

Según Kuhn, un paradigma comprende dos grandes características: una forma de resolver un problema de la ciencia, que se utilizará posteriormente como modelo para establecer los constructos de una teoría; y una serie de principios comunes, compartidos por los investigadores entre ellos los métodos o modelos utilizados para explicar objetos de conocimiento e identificar procesos que le otorgan cualidades. A su vez, los paradigmas se inscriben en corrientes filosóficas, que sustentan, desde sus escuelas y tendencias de pensamiento, la naturaleza de los objetos estudiados y sus relaciones; allí el aporte de Kuhn es el de *matriz interdisciplinaria* para incluir al conjunto de pensadores que comparten el modelo, investigan, divulgan y resuelven desde un mismo paradigma.

Por otra parte, el paradigma corresponde a “una concepción del objeto de estudio de una ciencia, de los problemas para estudiar, de la naturaleza de sus métodos y de la forma de explicar, interpretar o comprender los resultados de la investigación, constituyéndose en ciencia legítima. Para Pedro Laín Entralgo, de la corriente neopositivista (García 1983,86), el paradigma es el “modelo o patrón intelectual que regula toda una etapa determinada y respecto del cual todo lo que, durante ese etapa, se hace en esa ciencia, parece ser “obligado” o “normal”.

De esta forma el reconocimiento de principios, categorías y características, acerca de la naturaleza del objeto de investigación, hace parte del cuerpo de saberes que incorpora un modelo científico. El objeto se puede estudiar desde las dimensiones epistemológicas y prácticas. Uno de los aspectos con mayor debate es la pregunta por la razón esencial del objeto. Para Kant, la causalidad es la base de la ciencia, y el paradigma empirista lo utiliza como ley general para otorgar a una doctrina, de validez universal (Bunge, 1978: 15). Desde esta mirada, la investigación tiene una conexión muy fuerte con la causalidad, en la medida en que sus indagaciones, buscan la explicación acerca del origen o la producción del objeto que se pretende conocer.

Por el contrario el aporte de Kuhn con la noción de paradigma entiende una relación con una comunidad y una tradición científica que comparte “una red de conceptos y prácticas sobre los que se sustenta el conocimiento, que se extiende fuera del ámbito científico, en un contexto cultural mucho más amplio, que incluye intereses políticos, económicos y religiosos. Así, se busca explicar cómo nuestro saber y nuestras

convenciones sociales se refuerzan el uno al otro en un sistema que sostiene y mantiene el orden” (Nieto 2018, 34)

Ahora bien, el uso más frecuente en salud, es el de paradigma o modelo. Según Juan César García (1971) el término paradigma, fue utilizado inicialmente para fundamentar los procesos de educación formal, como un aporte desde las ciencias sociales. Paim por su parte, desarrolla la aplicación de la noción para referirse a distintos movimientos ideológicos que han sucedido en el campo de la salud, como el “flexnerismo”, la medicina preventiva, la salud comunitaria y, más recientemente, la salud colectiva, y la “nueva salud pública”. De igual forma existe un uso común del término paradigma para definir estrategias o temáticas, en el caso de la salud, algunos son: “paradigma de la atención primaria de salud”, “paradigma de la salud pública”, “paradigma de la administración pública” y “paradigma de la salud integral” (Paim 2000, 37).

Posteriormente una revisión epistemológica sobre el objeto salud da cuenta de varios modelos teóricos conceptuales, y de un uso indiscriminado, de ellos, según el autor logro referenciar once concepciones para explicar la salud y la enfermedad: mágico-religioso; social, unicausal, multicausal, sanitarista, epidemiológico, ecologista, histórico social, geográfico, económico, interdisciplinario (Arredondo 1992, 239).

Al profundizar en el uso de estas concepciones entre investigadores al parecer no existen conflictos aparentes entre ellas, corresponde más bien a la intencionalidad que los investigadores utilizan para enfocar sus análisis sobre las variables y el peso que se otorga a cada una, No obstante, surge un conflicto que se expresa al validar los modelos mágico-religioso e histórico-social porque al introducir asuntos como “fuerzas desconocidas”, “espíritus”, dimensión histórica, clase social, desgaste, reproducción de la fuerza de trabajo y producción del individuo como determinantes explicativos del proceso Salud-Enfermedad, aparece una tensión frente a los otros modelos.” (Arredondo 1992, 259)

Situación que considera diversas formas de asumir la salud, en el caso de la MS/SC, desde la perspectiva de Arredondo, esta trata de un paradigma diferente no solo en la concepción y metodología, sino justamente al incluir en el análisis las macroestructuras lugar desde el que se cuestiona el origen y por tanto el método para intervenir los problemas de la salud, que van más allá de la expresión del signo y síntoma de la enfermedad. Entonces, trata de un abordaje distinto y por ello las explicaciones funcionales no logran ajustarse al paradigma dominante.

Para Almeida Filho,(2006) los abordajes científico-técnicos sobre salud-enfermedad-cuidados están en un proceso de renovación paradigmática. Son ejes de esta renovación la teoría del caos, las lógicas de no linealidad, la geometría fractal, la borrosidad y la teoría de las redes. En este sentido la teoría de redes ocuparía el lugar de una actualización crítica de la teoría general de los sistemas. La unidad de una red sería la unidad de vínculo, en tanto que la unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. El término sistema de salud resulta a juicio del autor como homogeneizador; la noción de redes, a cambio, asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas, allí está la crítica a la modernidad, al entender en ella, una sociedad sin actores (Bang y Stolkiner 2013, 567).

Dando continuidad al debate sobre la constitución de la MS/SC como paradigma, dada su capacidad de producir conocimiento y de establecer categorías de análisis para dotar de contenido unas prácticas, es pertinente retomar el texto publicado, en 1999, por Naomar Almeida Filho y Jairnilson Silva Paim: “La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. El documento buscó identificar la respuesta de la salud colectiva a la crisis histórica que vivía la salud pública en la región, como efecto de las reformas sanitarias, el incumplimiento de la meta mundial salud para todos en el año 2000, la privatización de los servicios de salud y las condiciones sociales que demarcan pobreza y desigualdades para la población, los autores describen como buena parte de lo anterior condujo al agotamiento de los constructos de la salud pública; debido a que en esencia no logró resolver los problemas de la personas y visibilizó la incapacidad del Estado para afrontar los problemas.

Lo descrito anteriormente hace necesario someter a revisión crítica, a partir de la obra de Kuhn, la investigación y producción científica sobre el objeto de conocimiento, como el marco de referencia, que fundamenta cada modelo interpretativo, y las concepciones de praxis, para interpretar contradicciones en la matriz disciplinaria de la medicina social y la salud colectiva.

Retomando la importancia de analizar los modelos en salud, Breilh propone que el conocimiento organizado alrededor de un modelo se declara como tal sí incorpora los siguientes elementos:

- (1) Una forma de recorte del objeto salud y de interpretación de la realidad de la salud (dimensión ontológica);
- (2) una manera de entender la relación entre los objetos de conocimiento de esa realidad y el sujeto que la conoce, lo cual presupone un punto de vista social y cosmovisión (dimensión epistemológica);
- y (3) una concepción de la

práctica y posicionamiento frente a la estructura de poder (dimensión praxiológica). Cada distinto modelo científico se caracteriza por una forma de interpretar esos diferentes elementos y la relación entre éstos (Breilh 1999,24).

Esta caracterización propuesta por Breilh, da curso a tres modelos para abordar la salud: objetivista-empírico-funcionalista; subjetivo-culturalista y praxiológico-participativo. El modelo objetivista-empírico, fundamentado en el positivismo, asume que el objeto es puro e independiente del sujeto y que la observación se limita a eventos empíricos, fundamentales en las leyes de la causalidad; reduce la realidad a lo empíricamente observable, lo colectivo está compuesto por una sumatoria de lo individual y la validez se construye desde las inferencias.

El segundo modelo, subjetivo-culturalista de acción localizada, se opone al empirismo, refuta el principio de inducción y asume lo cultural como lo tradicional, dando sentido al llamado relativismo cultural que viabiliza, desde su marco metodológico, la aceptación de la marginalidad restringe su mirada estructural a cambio de asuntos como lo local o lo individual, sin involucrar el proyecto político.

Al respecto del modelo praxiológico participativo cabe destacar que Breilh da lugar en él a la MS/SC, en tanto dinamiza una relación sujeto-objeto e inserta la praxis como base para dicha relación; esta situación determina, por ejemplo, la relación con la naturaleza que no es un dominio separado o diferente de la sociedad, si no parte de ella. Este modelo encuadra con el realismo dialéctico: “concibe la realidad como un proceso complejo y jerarquizado, donde el movimiento de la salud transita desde lo singular o particular a lo general, pero cuya reproducción implica la acción macro”, Este modelo praxiológico ha conectado con la complejidad propuesta por Morín, como posibilidad de incorporar movimientos que participen en la determinación de los objetos colectivos (Breilh 1999,23). Como se observará en la propuesta metodológica, el análisis de contenido, utiliza en la rejilla de clasificación de los textos revisados estos modelos.

Por otro lado Paim citando a Boaventura de Souza Santos, señala el concepto de la “transición paradigmática” para definir la situación que se sucede entre los paradigmas teórico-políticos de la modernidad y la posmodernidad. Según este autor (2000), citado por Paim, en la modernidad surgieron dos pilares: reglamentación y emancipación. El primero estaba constituido por los principios del Estado (Hobbes), el mercado (Locke y Adam Smith) y la comunidad (Rousseau). El segundo estaba formado por las racionalidades weberianas: estético-expresiva (artes y literatura), cognoscitivo-instrumental (ciencia y tecnología) y moral-práctica (ética y derecho). El paradigma

sociocultural de la modernidad, aunque ambicioso y revolucionario, enfrenta las contradicciones entre los dos pilares, generando promesas incumplidas y déficit irremediables. De ese modo, “lo que más nítidamente caracteriza la situación sociocultural del fin del siglo diecinueve es la absorción del pilar de la emancipación por el de la reglamentación” (Paim 2000, 234).

En este debate, Breilh asume que la salud colectiva se inscribe en la mirada emancipadora por su articulación con la teoría de la necesidad, las concepciones sobre los derechos humanos y las formas de interpretar la calidad de vida (Breilh 1999, 35).

Por otra parte es necesario vincular en este marco teórico los aportes epistemológicos generados desde la corriente decolonialidad, que en los últimos años trae consigo un debate frente al desarrollo, al capitalismo y a la modernidad, desde allí, existe una interesante producción de conocimiento muy próximo a la medicina social, por ello se trae en este momento al texto, el pensamiento decolonial que se fundamenta en una perspectiva emancipatoria, ligada con la acción de los movimientos sociales, respecto de la modernidad. Arturo Escobar colombiano del colectivo decolonial, propone: “para conjurar el fantasma de la modernidad de forma más decidida que no quiere decir “el fin de la modernidad” (aunque si de su dominancia ontológica, epistémica y cultural); sino, más bien, desarrollar el léxico y la caja de herramientas conceptuales y las políticas efectivas para poner a la modernidad en su lugar” (Escobar 2014, 62).

Los imaginarios y luchas recientes en Sur América al rededor del Buen Vivir y los derechos de la naturaleza (y alrededor del Decrecimiento en Europa), constituyen en potencia una teoría y práctica post-dualista: es decir, una práctica del inter-existir. Como tales son elementos clave en los diseños para el pluriverso. A esto se acercan las discusiones sobre postdesarrollo, transiciones al postextractivismo e interculturalidad (Walsh, 2009) en Sur América. En todos estos casos, lo que está en juego son formas relacionales de ser, hacer y conocer. Esta es una discusión en la que todas las voces críticas pueden contribuir, ya sea en el Sur o el Norte global (Escobar 2014, 27).

Por lo señalado anteriormente, el pensamiento decolonial ha ganado entre los pensadores y pensadoras de la MS/SC, una aproximación epistemológica y emancipatoria, en lo cual será preciso zanjar diferencias y establecer los alcances.

A manera de cierre de este apartado sobre la noción de paradigma para algunos contemporáneos que interpretan a Kuhn debe ser entendida en estrecha relación con una comunidad y una tradición científica que se siente cómoda en una red de supuestos y

creencias que trascienden el campo convencionalmente entendido como puramente científico.

La continuidad de dicha red de conceptos y prácticas sobre los que tácitamente se ramifica por fuera del ámbito científico en un contexto cultural mucho más amplio, que incluye tradiciones cargadas de ideología, e intereses políticos, económicos y religiosos (Nieto 2010, 231).

2.6.3. MS/SC como campo científico

Dado que varios autores han posicionado el concepto de campo como un eje central para interpretar la MS/SC, adquiere relevancia el pensamiento del francés Pierre Bourdieu, existe un consenso sobre un corpus teórico y analítico estructurado, acotado desde las ciencias sociales y de salud, que ubica a la MS/SC dentro un espacio de pensamiento y de acción concreto, situándola en los conceptos de campo y de violencia/poder simbólico.

Este diálogo se traduce en la MS/SC, con el uso y apropiación de sus categorías y conceptos principalmente el de “campo”. Almeida-Filho y Paim Silva (1999, 22), por ejemplo, señalan que la Salud Colectiva puede entenderse como un campo interdisciplinario en el que se producen saberes y conocimientos acerca del objeto salud, donde operan distintas disciplinas Breilh (2013, 14) refiere que la epidemiología crítica es un terreno de lucha de ideas, en disputa sobre como enunciar la salud y cómo actuar, y esta disputa obedece a intereses sociales encontrados.

Asimismo, Spinelli (2010, 276) Ribeiro (1991), Nunes (2010), Cardozo (2015), Castro abordan la salud como un campo o dialogan desde el poder simbólico en el que convergen actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales

Es procedente entonces, retomar los conceptos y proponer analíticamente el espacio de acción sobre el cual debe ser entendida y ubicada la MS/SC en la sociología de Bourdieu. En ese sentido, para tener una referencia clara de la forma en que Bourdieu entiende el concepto de campo, Germana (1999) estudia y recopila una definición en cuatro puntos, a partir de varios textos del autor francés:

En primer lugar, los campos se presentan como «espacios estructurados de posiciones (o de puestos), cuyas propiedades dependen de su lugar en esos espacios y pueden ser analizadas independientemente de las características de sus ocupantes». Se trata no de la suma de las personas que se consagran a la política o la producción cultural, sino del sistema de posiciones que ocupan esos agentes en la política o en la cultura. En segundo lugar, se encuentra la cuestión de los límites del campo. Las fronteras entre los campos no pueden determinarse por fuera de los campos: sólo los «efectos del campo» y no las cualidades intrínsecas de los participantes pueden definir el espacio de un campo. En tercer lugar, los campos se mantienen o se transforman por los enfrentamientos entre las fuerzas que constituyen el campo –todo campo es un lugar de lucha– con el objeto de alcanzar la autoridad. En cuarto lugar, el campo se caracteriza por su autonomía; esto es, se trata de un sistema regido por sus propias leyes. Esta automatización del campo corresponde al proceso seguido por las sociedades occidentales que ha dado como resultado la creciente diferenciación de las diversas esferas sociales. Finalmente, en la propuesta de Bourdieu se encuentran tres momentos necesarios y vinculados entre sí que implican el análisis en términos de campo: primero, se debe examinar la posición de un campo en relación al campo del poder; segundo, se debe establecer la estructura objetiva de las relaciones entre las posiciones ocupadas por los agentes o las instituciones que se encuentran en lucha en ese campo; y, tercero, se deben analizar los habitus de los agentes, los diferentes sistemas de disposiciones que ellos han adquirido a través de la interiorización de un determinado tipo de condiciones económicas y sociales y que encuentran en su actuación en el campo una ocasión más o menos favorable para actualizarla. (Germaná 1999, 345 citando a Bourdieu y Wacquant 1995; Bourdieu 2000, 2003)

Teniendo como base lo anterior, cabe preguntarse ¿puede la MS/SC ser configurada como un campo que constituye saberes, prácticas e intervenciones a partir del concepto de campo de Bourdieu? Y en dado caso, ¿cuáles son sus instituciones?, ¿cómo actúan sus agentes?, ¿qué capitales monopolizan a las instituciones?, ¿cómo se entienden y actúan el capital y el poder simbólico allí? De esta forma es viable delimitar el espacio de acción de la MS/SC en términos teóricos y prácticos, y así entender el estado actual y los retos que tiene desde la academia como formadora, la investigación y la acción social, para constituirse a futuro como paradigma en las prácticas de salud en Latinoamérica.

Así pues, la primera inquietud es si la MS/SC supone un campo diferente al de la salud pública y puede ofrecer la salida para superar la crisis de ésta última debido a su poco interés por dimensionar en su conjunto los problemas de salud, lo cual deriva en la pobreza de contenido para resolver las situaciones relacionadas con el proceso salud- enfermedad. Al respecto, Hugo Spinelli, elabora un retrato acerca de la salud en Argentina, usando como herramienta teórica el concepto de campo de Bourdieu y señala:

El campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países–, se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas (Spinelli 2010, 276)

Este escenario, continúa Spinelli, conlleva a procesos concretos en esta forma de gestión:

La fuerte presencia del capital económico en el interior del campo determina mecanismos de solidaridad invertidos tales como: el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado. [...] En la dinámica señalada, el campo de la salud aparece como inviable a mediano plazo –al menos desde lo económico– y su viabilidad solo podría asegurarse sobre la base de mayores desigualdades y una progresiva exclusión de numerosos grupos sociales del acceso a la atención, configurando un escenario donde se podrá asistir progresivamente a una medicina para ricos, otra para pobres y a un porcentaje importante de la sociedad fuera de toda cobertura de salud (Spinelli 2010, 277)

Esta imagen que muestra Spinelli, enseña la salud como un bien monopolizado por instituciones de carácter público y privado, que es entendido y gestionado desde una visión funcionalista en el proceso de salud-enfermedad-atención, que no sólo bloquea el acceso a quienes no cuentan con suficiente capital económico, sino que, además, ignora instrumentalmente las condiciones en las que se ubican los pacientes, también como parte del interés en torno a la acumulación de capital económico.

Las instituciones más importantes en la MS/SC son las escuelas de pensamiento, principalmente, centros educativos universitarios. En estas, se monopoliza el conocimiento a partir del poder que ejercen agentes determinados, ya sean cuerpos académicos o administrativos y existe cierto equilibrio en la forma como se valora el capital económico, cultural y social, que se presenta a su vez como obstáculo para poder ingresar a las mismas escuelas. No obstante, también son instituciones centrales en este espacio, las organizaciones, presentadas en diferentes formas. Las organizaciones para la MS/SC han aparecido como entes diversos que además de ser centros especializados donde se crean y discuten diferentes tipos de conocimiento, han permitido la generación de nuevas organizaciones con estructuras y fines diferentes. En la MS/SC, las organizaciones, aunque también crean obstáculos de entrada, suelen dar más valor al capital social, y la autoridad se define simbólicamente en razón de la capacidad discursiva, el capital científico, las redes de acción, u otras formas que cambian según los intereses de la organización.

Con base en lo descrito, la MS/SC aparece, cuando menos, como una corriente de pensamiento que se mueve en dos esferas de producción: una académica e investigativa, y otra política. Sin embargo, a pesar de que se sitúan allí instituciones y obstáculos a la entrada, la MS/SC no cumple con el principio de exclusividad de los campos. Sus instituciones no son propias de la MS/SC, pues las organizaciones son formas de agrupación que aparecen en todos los ámbitos, y las escuelas son instituciones que han sido apropiadas desde los campos científico y educativo. En general, el hecho relevante para que la MS/SC no pueda ser considerada un campo en la teoría de Bourdieu, es porque no tiene un objeto concreto sobre el cual ejerza un dominio exclusivo, con instituciones y agentes que lo autonomicen y monopolicen, y con el que elabore elementos de consumo como hacen los médicos con los pacientes y los políticos con los votantes (Akçaoğlu y Wacquant 2016).

Así pues, la MS/SC no puede ser finalmente entendida como un campo exclusivo dentro de la sociología de Bourdieu, pero tampoco puede concebirse como un producto de la lucha entre agentes llevada a cabo específicamente en un único campo distinto, como el de la salud pública. Esto significa que la MS/SC no se constituye como un simple intento de reforma de paradigmas, ya establecidos en un dominio exclusivo. Señala, más bien, que, desde sus inicios, la MS/SC se establece como una corriente de pensamiento que trasciende los límites de varios campos como el de la salud o el campo científico, y se mueve interdisciplinariamente por diversos espacios de acción y a través de diferentes formas de capital, trabajando un objeto multidimensional dentro de su accionar.

Con estas consideraciones, el segundo concepto de Bourdieu concebido en la estructura analítica del presente trabajo, para movilizar la discusión hacia los retos de la MS/SC, es la noción de poder y violencia simbólica.

Así pues, entender el poder simbólico en el espacio de la MS/SC permite revelar las operaciones que hacen que se mantenga el orden hegemónico de la medicina biologicista dentro del campo de la salud, a través de un habitus¹² que activa una

¹² Se entiende por habitus el «sistema socialmente constituido de disposiciones estructuradas y estructurantes que es adquirido en la práctica y constantemente orientado hacia las funciones prácticas» (Bourdieu and Wacquant 1995, 80). Según Germaná, el habitus es, por lo tanto, el conjunto de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción inculcados por el medio social en un momento y en un lugar determinados; es decir, es un conjunto de disposiciones socialmente adquiridas mediante el aprendizaje (Germaná 1999).

violencia casi invisible e imperceptible y naturaliza tales prácticas, construidas y admitidas tanto desde las perspectivas con poder, como desde aquellas que están oprimidas por éste. Sobre el poder simbólico, el propio Bourdieu señala:

Las diferentes clases y fracciones de clase están comprometidas en una lucha propiamente simbólica para imponer la definición del mundo social más conforme a sus intereses, el campo de las tomas de posición ideológicas que reproduce, bajo una forma transfigurada, el campo de las posiciones sociales. Pueden plantear esta lucha ya sea directamente, en los conflictos simbólicos de la vida cotidiana, ya sea por procuración, a través de la lucha que libran los especialistas de la producción simbólica (productores de tiempo completo) y tienen por apuesta el monopolio de la violencia simbólica legítima (cf. Weber), es decir, del poder de imponer (ciertamente de inculcar) instrumentos de conocimiento y de expresión (taxonomías) arbitrarias (pero ignoradas como tales) de la realidad social. El campo de producción simbólica es un microcosmos de la lucha simbólica entre las clases: sirviendo a sus propios intereses en la lucha interna en el campo de producción (y en esta medida solamente), los productores sirven a los intereses de los grupos exteriores al campo de producción (Bourdieu, 2000: 69)

La dimensión simbólica de las relaciones de dominación se encuentra inscrita en el cuerpo como habitus, por esto existe tal estabilidad en el orden social de los dominados, que han aceptado y naturalizado su posición sumisa. Así, la violencia simbólica, mucho más que otras formas de violencia físicas y de coerción mecánicas, constituye el mecanismo principal de la reproducción social; el medio más potente del mantenimiento del orden (Germaná 1999). Ahora bien, en la propuesta por develar las operaciones del poder simbólico en el espacio de la MS/SC, se enfoca el objeto central “la salud”, que trabajada desde ámbitos diferentes, se manifiesta a través de diversas formas del capital. En ese sentido, Bourdieu habla de “los efectos simbólicos del capital” (Germaná 1999 citando a Bourdieu 1997), dado que todas estas formas del capital existen y actúan como capital simbólico, en la medida en que son reconocidos como legítimos. Por tanto, si el capital simbólico se encuentra en la base del poder simbólico, distribuido de manera desigual en diferentes espacios sociales, cabe preguntarse cómo actúa en el objeto salud y en los campos donde toma parte la MS/SC.

Para responder esta inquietud puedo establecer, bajo una mirada simple, como desde sus diversas interpretaciones y prácticas, la salud se enmarca eminentemente en el campo científico. A pesar de que este recoge gran cantidad de perspectivas, modelos y paradigmas, en buena medida incongruentes entre sí, la MS/SC, como corriente de pensamiento, se mantiene dentro de los límites de este campo. Justamente, Almeida-Filho y Silva-Paim (1999) señalan al respecto que “Como punto de partida, podemos entender la Salud Colectiva como campo científico (Bourdieu 1983, 1989; Ribeiro 1991), donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto “salud” y donde

operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y como ámbito de prácticas, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como “sector salud” (Almeida, Paim, 1999, 14).

En ese sentido, la producción de conocimiento de la MS/SC se ubica en el marco del campo científico y su escenario de acción en el “sector salud”, lo cual supone un análisis de los “efectos simbólicos del capital” en ambos espacios.

Con respecto a la constitución del capital simbólico en el campo científico, Kottow señala que, en las esferas académicas, éste tiene una relación inestable pero innegable con el campo económico—a través de remuneraciones, apoyos financieros, ventas de servicios—como también con el campo laboral—oposiciones de cargos, superávit de académicos derivados a actividades para las cuales están sobre calificados—. Sin embargo, la forma como se estructura y como los agentes acumulan capital simbólico allí, se da en razón del prestigio académico, expresado a través de rangos y posiciones que dotan a los miembros titulares, vitalicios, académicos de número, docentes de planta, etc., de un status incuestionable que les permite aceptar o rechazar correcciones e innovaciones, controlar el ingreso a las instituciones o modificar ciertos aspectos del campo (Kottow 2012, 12)

Por lo tanto, la fracción dominante en estos espacios, la cual ha obtenido su poder, no exclusivamente de un capital económico, sino de un prestigio acumulado como capital simbólico, se encarga de mantener los mecanismos de reproducción social que llevan a que haya sistemas de ideas que se establezcan en la cima como paradigmas incuestionables, a la vez que otras corrientes de pensamiento continúan en un estado de subalternidad aceptada por el grueso de los agentes e instituciones del espacio social.

Esto no significa, sin embargo, que el campo científico aparezca como un escenario pasivo, de sumisión, y libre de luchas, sino, por el contrario, denota una serie de estrategias que están compitiendo constantemente por la aprobación a través de la acumulación del capital simbólicamente validado. El propio Bourdieu señala que “el campo científico, como sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas (en las luchas anteriores), es el lugar (es decir, el espacio de juego) de una lucha competitiva que tiene por desafío *específico* el monopolio de la *autoridad científica*, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente

(es decir, de manera autorizada y con autoridad) en materia de ciencia.” (Bourdieu 2008, 76)

En el escenario de acción del “sector salud”, que se nutre de la producción académica e investigativa gestada desde el campo científico, es claro que el monopolio de la autoridad científica lo ha conseguido el modelo funcionalista-biologicista. Sin embargo, lo que cabe resaltar es que, esta propuesta se ha hecho y ha mantenido el monopolio porque ha sido dotada de autoridad, no exclusivamente en el campo científico, sino también gracias a que sirve a modelos económicos y políticos que obtienen beneficio con su instauración como modelo hegemónico. En consecuencia, el hecho de entender que hay una lucha propiamente simbólica, que se desenvuelve en razón de los intereses de determinadas facciones, y que tiene como fin imponer, legítimamente, estos intereses, pone a la MS/SC en un escenario, en lo absoluto pasivo, en el que hay que desarrollar estrategias concretas en esta lucha si se quiere adquirir el monopolio de autoridad. Bourdieu recuerda:

Decir que el campo es un lugar de luchas no es sólo romper con la imagen pacífica de la “comunidad científica” como la ha descrito la hagiografía científica -y a menudo después de ella la sociología de la ciencia, es decir, con la idea de una suerte de “reino de los fines” que no conocería otras leyes que las de la competencia pura y perfecta de las ideas, infaliblemente diferenciadas por la fuerza intrínseca de la idea verdadera. Es también recordar que el funcionamiento mismo del campo científico produce y supone una forma específica de intereses (las prácticas científicas no aparecen como “desinteresadas” más que por referencia a intereses diferentes, producidos y exigidos por otros campos). (Bourdieu, 2008, 76)

Así como Breilh refiere con la epidemiología, también la MS/SC “...es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esta disputa obedece a intereses sociales encontrados”, por tanto “...reconocer aquello, saber que cuando se hace epidemiología (o cuando se practica la MS/SC) hay una politicidad implícita y un nexo evidente o tácito con intereses estratégicos de un sector social, entonces, no sólo es un acto de transparencia ética, sino de rigurosidad metodológica” (Breilh 2013, 14).

Finalmente, la MS/SC no hace parte de un campo diferente, en el que se desarrollan dinámicas exclusivas con instituciones, luchas y capitales propios pero ajenos a otros campos. Se ubica en un espacio multidimensional, con amplias capacidades analíticas para la construcción de pensamiento, pero que apuntan a transformar, por medio de construcciones epistemológicas, su objeto, que es la salud;

pero la salud entendida como una serie de dinámicas determinadas biológica, pero, sobre todo, socialmente.

Igualmente, entender el poder simbólico nos permite revelar toda una dinámica operacional que, a través de la constitución de un capital validado simbólicamente, reproduce las estructuras sociales que llevan a que un grupo de agentes controlen determinado monopolio, y sean aceptados y autorizados por aquellos mismos sobre quienes se efectúa la dominación. Esto pone a la MS/SC en un terreno de lucha de ideas, en el cual le corresponde posicionarse y analizar de forma efectiva las prácticas que hacen que se mantenga en un estado subalterno, para así poder construir, las categorías, conceptos y acciones que permitan transformar el ámbito de la salud en Latinoamérica.

7. La praxis de la medicina social/salud colectiva

La MS/SC mantiene como objetivo el interés por transformar determinadas realidades desde su relación con el campo de la salud. Sin embargo, se encuentra en un espacio de subalternidad en contraste con otros modelos oficialmente instaurados. En consecuencia, podemos presenciar aún una dinámica en la que se sigue construyendo teoría en las esferas académicas, no obstante, no alimenta una praxis transformadora y re-estructurante, que se materialice en las realidades sociales. En el entendido que la praxis, es una actividad humana fundamental, en virtud de la cual el hombre produce la realidad histórica y se produce a sí mismo. En este escenario, se hace relevante una revisión teórica de conceptos que doten a la MS/SC de herramientas para que su ejercicio trascienda a las realidades sociales latinoamericanas, y se encamine a una posición más favorable dentro de los procesos hegemónicos constituidos en el campo de la salud.

Siendo así, retomar las propuestas del pensador italiano Antonio Gramsci parece una acción oportuna debido a que una de las prácticas atribuidas a la MS/SC es la transformación social y el movimiento de las estructuras sociales. Su pertinencia además se sustenta en que Gramsci hace una crítica al marxismo dogmático economicista y mecanicista. En ese sentido, un examen de los conceptos centrales del autor ofrecerá pistas sobre las rutas que la MS/SC podría considerar para dar continuidad a sus desarrollos teóricos y prácticos.

Para iniciar, se retomará el concepto de hegemonía. Al respecto, Sader recuerda a Marx cuando señala que “las ideas dominantes son las ideas de la clase dominante”; y

lo son porque corresponden a un sistema de producción y de reproducción de las condiciones materiales de existencia—de ahí que esas ideas son el correspondiente en el plano de la subjetividad. Sobre esta consideración subyace el concepto de hegemonía rescatado por Gramsci. Ésta se relaciona con la capacidad de lograr aprobación o consenso en el conjunto de la sociedad, de manera que los intereses de las élites dominantes sean similares a los intereses del grueso de la sociedad (Sader 2013; Borrero Ramírez 2013).

Justamente, para Gramsci, el Estado está compuesto por la suma de las funciones de dominio y hegemonía, y sobre ésta última incorpora la noción del “consenso activo” de los gobernados: “Estado es todo el conjunto de actividades prácticas y teóricas con que la clase dirigente no sólo justifica y mantiene su dominio, sino que logra obtener el consenso activo de los gobernados, es evidente que todas las cuestiones esenciales de la sociología no son otra cosa que las cuestiones de la ciencia política” (Campione 2005, citando a Gramsci 19991, 86).

En esencia, la hegemonía es una categoría fundamental en Gramsci, que apunta a un fenómeno complejo, caracterizado centralmente por la capacidad de un grupo social para articularse, desde una posición de supremacía, con otros grupos sociales, y orientar la visión del mundo de un conjunto social que trasciende las fronteras estrictas de clase. En otras palabras, permite el paso de una esfera de dirección intelectual y moral, que lleva a la esfera dominante a que pase del particularismo al universalismo, y dirija así a otros grupos sociales (Campione 2005, 34).

Otro elemento que contiene el Estado es el del dominio, referido al poder coercitivo. Aquí cabe resaltar entonces que el control que ejercen las clases dominantes no deviene exclusivamente de su poder hegemónico, sino resulta también de su control sobre las fuerzas de coerción, que coexisten con la hegemonía como elementos de la “supremacía” de una clase que es dirigente sin dejar de ser dominante. En el escenario expuesto por Gramsci, si bien el consenso es el término predominante, el uso, pero sobre todo, la amenaza del uso de la fuerza se retira de un primer plano, pero no desaparece (Campione 2005). Entonces, el Estado, según Gramsci, se considera como un aparato que de una forma u otra mantiene el orden instaurado por las clases hegemónicas bien sea, introduciendo su visión del mundo en los sistemas culturales del resto de la población, o a través del control de los cuerpos que pueden hacer uso legítimo de la violencia.

Ahora bien, ¿cómo se expresa la hegemonía en el campo de la salud? Es claro que los procesos dentro del sector salud no deben abordarse como si éste fuera un “pequeño Estado” sobre el cual discutir los planteamientos gramscianos a menor escala. Las prácticas que allí suceden responden, más bien, a un modelo de acción y pensamiento concreto de una clase que, instaurado en el poder, desarrolla un sistema que funciona con base en su visión del mundo y es aplicado en diversos sectores de la sociedad (salud, educación, vivienda, etc.).

Es posible hablar de un modelo hegemónico de salud en tanto que ha sido establecido por la clase con poder que reproduce las formas de accionar y entender el mundo de dicho sector. Es también válido, por lo tanto, pensar en procesos contra-hegemónicos concretos dentro del campo de la salud, en la medida en que en cada espacio de la sociedad que ha sido producido, reformado o apropiado por la clase hegemónica, existe un margen de acción de los grupos subalternos que pueden apuntar a transformar el aparato controlador del Estado y la hegemonía imperante, y presionar a las clases dominantes a reformar estos espacios de acuerdo a la visión del mundo de los dominados.

Gramsci señala que un grupo subalterno puede alzarse frente a la clase dirigente y producir una nueva hegemonía o contra-hegemonía cuando sus estrategias pasan de un plano económico-corporativo a uno ético-político (Campione 2005). Esto es lo que el pensador italiano denomina como *catarsis*, y es, en otras palabras, el paso de un estado egoísta y pasional (económico) al de una elaboración superior de la estructura en superestructura en la conciencia de los hombres (ético-político) (Gramsci 1999,42). Este proceso significa también la transición hacia una dimensión intelectual y moral, en lo ético, y hacia el control del aparato del Estado, en lo político (Campione 2005, 45).

Así, la acción contra-hegemónica supone diversas maneras de actuar, de acuerdo con los espacios en los que ésta se realiza. En el espacio de la MS/SC, el objetivo no es erigir nuevos esquemas dentro del conocimiento científico y las formas de abordar la enfermedad desde la clínica, sino potenciar la imagen y experiencia de la salud como un elemento socialmente determinado. Esto supone que el ejercicio contra-hegemónico de la MS/SC, como ámbito de prácticas y pensamiento subalterno, debe ir enfocado a vincular su visión de la salud con los sistemas culturales de las masas dominadas, en tanto apunte a transformar la visión simple funcionalista del modelo hegemónicamente constituido en la actualidad. Esto es, en otras palabras, insinuar que la acción de la MS/SC debe ser económica, política, social y cultural, antes que biologicista.

Cabe señalar que el ejercicio de *derrumbar* una hegemonía no supone únicamente acabar con el dominio de un sector concreto sobre el resto de la población, asumiendo que la emancipación se da sin que nuevos modelos aparezcan y se empiecen a establecer como hegemónicos. Por el contrario, la contra-hegemonía no puede ser entendida sino como la generación de una nueva visión del mundo con iniciativa política en las clases subalternas, es decir, que sea validada por las masas a través de los sistemas culturales y, por tanto, que se reproduzca fácilmente con el consenso del resto de la población (Campione 2005). Ahora bien, para que un sistema hegemónico se derrumbe, una de las condiciones expuestas por Gramsci es que se produzca una crisis orgánica, que no es más que una crisis de autoridad de la clase dirigente, una pérdida de su capacidad de control-dirección basada en el consenso (Noguera Fernández 2011). En palabras de Gramsci “una crisis orgánica es la ruptura del nexo orgánico entre infraestructura y superestructura, con lo cual el bloque histórico comienza a disgregarse. Una ruptura de tal índole supone que las orientaciones dadas por la clase dominante ya no encuentran justificación ideológica frente a otras clases” (...) “Si la clase dominante ha perdido el consenso, ya no es dirigente sino únicamente dominante, detentadora de la fuerza coercitiva, esto significa que las grandes masas se han separado de la ideología tradicional, ya no creen en lo que antes creyeron” (Gramsci 2001, 62).

Cuando esto sucede, se abre la posibilidad de que un nuevo bloque histórico se constituya en torno a la hegemonía opuesta que entra en crisis. La hegemonía de la clase dominante sólo puede destruirse si se instaura un nuevo modo de producción social que permita una apropiación enajenante de la realidad. Con base en esto, Gramsci afirma que la construcción de una nueva hegemonía emancipadora implica la realización de una reforma intelectual y moral que sea capaz de crear *otra* visión del mundo en la visión del mundo del pueblo (Noguera Fernández 2011).

Retomando las prácticas de la MS/SC, cabe referenciar un debate en torno al espacio¹³ en el que puede ser ubicada esta corriente de pensamiento, en la medida en que su accionar se desarrolla transversalmente en prácticas que atraviesan círculos científicos, económicos, políticos, clínicos, etc. Sin embargo, un punto crucial en la construcción de teorías de la MS/SC se da en las esferas académicas latinoamericanas. Es en las diversas escuelas de medicina y ciencias sociales, donde nace el interés por analizar los contextos de las poblaciones bajo el lente de lo social, sin dejar de pensar

¹³ Ver Bourdieu, páginas anteriores en este trabajo.

en que lo que se busca impactar es la salud. Esto implica, sobre cualquier otro hecho, que son los teóricos de la MS/SC quienes comenzaron la labor de confrontar el modelo hegemónico actual en salud, para constituir el que ellos crearon. Viéndolo desde una perspectiva gramsciana, parece ser que los intelectuales de la MS/SC, se ven en la obligación de ser los intelectuales orgánicos de su gestión. En ese sentido, Noguera señala que los intelectuales orgánicos en Gramsci son:

todos aquellos que mediante su actividad transmiten valores, racionalidades, modos de vida, principios de organización del espacio, modos de actividad, etc. contributivos a la reafirmación o reproducción de las normas de la cultura cotidiana legitimadora de las relaciones sociales (muchas veces incluso de manera inconsciente e independientemente de su voluntad, pues en ocasiones la legitimación viene determinada no por los mismos intelectuales sino por las estructuras desde las que actúan, como puede ser el caso de los miembros de un parlamento o de los partidos políticos) o a la subversión de las mismas. (Noguera Fernández 2011, 36).

En la MS/SC aquellos que se encargan, en pocas palabras, de la reproducción de las prácticas y formas de pensar de la misma, son sus teóricos, que son intelectuales, en tanto conocedores y analizadores de las problemáticas sociales ligadas a la salud de los pueblos; e intelectuales orgánicos, porque fuera de la academia también se organizan a través de diferentes entidades, agencias, políticas, y reproducen todo el pensamiento que han construido en los últimos años, también usando medios distintos. Todo esto traduce, en esencia, que no se puede pensar en procesos contra-hegemónicos en la MS/SC sin considerar a los intelectuales, que son también los intelectuales orgánicos, como parte constante en el ejercicio de emancipación y transformación.

Con esta consideración, la MS/SC debe leerse de forma especial en la acción contra-hegemónica. Si bien autores como Feo Istúriz et al. (2012) señalan que para desarrollar una práctica y un pensamiento contra-hegemónico es fundamental descolonizarnos del “paradigma civilizatorio moderno” y desaprender el modelo médico hegemónico centrado en la atención a la enfermedad, lo cual es completamente válido, al pensar en la MS/SC, no hay que pensar en ejercicios contra-hegemónicos para ésta, en la medida en que la MS/SC supone en sí un movimiento contra-hegemónico. Justamente, la MS/SC nace de un ejercicio de visibilización y reconocimiento de prácticas hegemónicas imperantes constituidas en los gobiernos dictatoriales y neoliberales latinoamericanos en el campo de la salud, y se da una *catarsis*, en el sentido gramsciano, llevando las consideraciones individuales a un plano universal, que con el tiempo ha ajustado fines claros y un objetivo contra-hegemónico (en tanto que busca

establecerse como hegemonía), que busca crear la crisis orgánica con el paradigma médico funcionalista que impera actualmente.

Por lo anterior, los teóricos de la MS/SC son relevantes como intelectuales orgánicos, ya que conocen (porque ellos mismos lo han construido) el proceso de su propia corriente de pensamiento, y lo han instituido en diversos espacios de prácticas, que, aunque han despertado el interés de comunidades locales y por tanto han ganado fuerza en materia política (o ético-política), necesita escalar a un puesto que tenga mayor trascendencia en las acciones que los Estados efectúan en materia de salud sobre sus gobernados.

Con este propósito, conviene reiterar que este ejercicio sólo es posible introduciendo el pensamiento de la MS/SC en los sistemas culturales de las masas dominadas, y a que a través del consenso estas puedan reproducir y ejercer las prácticas de la propia MS/SC, provocando así la crisis orgánica con el modelo hegemónico actual, llevando a procesos en los que el Estado se vea obligado a reformar las prácticas en salud para el pueblo. Evidentemente esta acción parece sólo factible en el deseo, puesto que el Estado mantiene su dominio con el control de las fuerzas coercitivas, y no es fácil pensar un cambio a través de las vías de hecho. A este respecto, un aspecto crítico acontecido en la región y que será más adelante objeto de análisis, es que, en escenarios de gobiernos progresistas en Latinoamérica que han confrontado las políticas neoliberales, no se logró la transformación de las esferas de poder, para consolidar un modelo contra hegemónico. Sin embargo, esto no significa que deba abandonarse la tarea de constituir hegemónicamente la MS/SC.

Así las cosas, corresponde a la MS/SC en el marco de la combinación de la teoría con la práctica, especialmente política, la o el investigador comprometido con esta corriente de pensamiento debe comprender las ideas específicas y doctrinas del grupo social dominante y sus efectos en el proceso salud-enfermedad-atención sobre los grupos sociales más vulnerables que han sido despojados del poder de decisión en razón a su condición de clase social; con el fin de articular la movilización social y la producción científica para transformar esas realidades en los territorios específicos, apuntando a cambiar las relaciones de poder (Waitzkin y Waterman 1984).

En general, mantener prácticas que permitan que el grueso de la población reconozca la MS/SC como el modelo que debe imperar en los sistemas sanitarios de los gobiernos, aporta, en la producción de la crisis orgánica para que la población exija un cambio concreto, lo cual debe estar incluido en la agenda política de ALAMES. Esta

situación requiere que los sucesores de los primeros teóricos (e intelectuales) de la MS/SC, mantengan un norte similar, sin caer en vicios individualistas que señalen un retroceso al plano económico-corporativo.

Finalmente se ha planteado en este capítulo la riqueza teórica que constituye la génesis de la MS/SC y los aportes conceptuales de otras ciencias, así como las propias categorías que han emergido y son hoy los aportes de la MS/SC para consolidar una corriente de pensamiento en Latinoamérica. Se reconoce una trayectoria histórica de 40 años en los que existe una periodización articulada al contexto político, económico y social de la región.

Capítulo tercero

Metodología

Este capítulo explica en detalle el proceso metodológico que permitió desarrollar la investigación. Se presentan el tipo de estudio, las unidades observacional y de análisis, las etapas investigativas, las técnicas y fuentes utilizadas.

La metodología planteada permitió abordar el problema de investigación y responder a las preguntas formuladas con el fin de interpretar por qué si la medicina social/ salud colectiva, ha generado, desde la década del 70, una corriente de pensamiento, cuyo propósito es ampliar el marco interpretativo de las realidades y prácticas transformadoras sobre el objeto salud, que trasciende los límites de las ciencias biológicas y humanas, no se ha constituido como un paradigma científico que impacte sobre el objeto de la salud y los sujetos sociales, para responder desde los planos epistemológicos, metodológicos y prácticos a las necesidades poblacionales en la región de América Latina.

Así, las preguntas orientadoras del estudio corresponden a:

1. Cuáles son las diferencias interpretativas y las contradicciones al interior de la MS/SC y sus implicaciones epistemológicas?.
2. ¿Cómo se ha legitimado en la esfera pública la producción de conocimiento de la MS/SC con categorías analíticas y conceptos?
3. ¿En el espacio de encuentro de la corriente de pensamiento de la MS/SC, -Asociación Latinoamericana de Medicina social -ALAMES- se genera una esfera de producción/reproducción de poder simbólico?

A partir de los aportes de la historia de las ciencias y de los estudios sociales de la salud, se realiza un estudio histórico –crítico de la corriente de pensamiento de la MS/SC siguiendo la propuesta de Fleck, se identifican las rupturas sociales y epistemológicas y conceptuales planteadas por esta corriente de pensamiento, siguiendo tres de sus categorías.

De esta manera el enfoque que guía el proceso investigativo es heurístico, desde la perspectiva de Kuhn “La radicalidad de la heurística no es otra cosa que la efectución

de rupturas epistemológicas, metodológicas, lógicas, conceptuales, que implican, en verdad, rupturas sociales” (Maldonado 2005 , 104).

Los aspectos ontológicos y epistemológicos son abordados a partir de una revisión sobre historia de la corriente de pensamiento, los aspectos epistemológicos dan cuenta de la generación o uso de categorías y conceptos al interior de los estilos pensamiento (Fleck 1934).

Se toma la propuesta de Bourdieu y específicamente las categorías de habitus y poder simbólico para identificar los aspectos prácticos de la MSSC. relativos al poder simbólico. Se abordan los planteamientos de Gramsci para identificar las transformaciones culturales y contra hegemónicas sobre las que construyen las prácticas sociales- emancipadoras de esta corriente de pensamiento Lo anterior ha sido desarrollo en el capítulo 2.

1. Tipo de estudio

La investigación se inscribe en el espacio de los estudios históricos, retomando los conceptos del materialismo histórico y la dialéctica, para dar cuenta de las contradicciones que se producen en periodos de tiempo, destaca la producción y variación de categorías y los procesos sociales y políticos en la región, que a su vez dan cuenta de los cambios históricos de la corriente de pensamiento; están determinados por las fuerzas y relaciones productivas existentes.

El estudio contempla: el plano temporal y la descripción de situaciones históricas particulares en la corriente de pensamiento, asume una perspectiva territorial que corresponde con América Latina y el proceso que mantuvo la MS/SC durante el periodo comprendido entre 1980 y 2016, como se explicó en la introducción debido a que es el periodo en el que existe una menor producción reflexiva sobre la propia corriente de pensamiento..

La investigación documental se desarrolla mediante revisión de textos empleo de técnicas basadas en el análisis del lenguaje escrito y oral. El abordaje cualitativo se apoya en entrevistas; se utiliza el análisis de contenido y crítico del discurso.

2. Unidad de análisis y observación

El estudio contempló como unidad de análisis la región de América latina, mediante la revisión y el seguimiento de documentos divulgados y extraídos desde diversas bases de datos, que dan cuenta de la circulación de esta corriente de pensamiento en el período de 1980 a 2016. Se realizó un análisis bibliométrico a partir de una revisión sistemática intencional. La unidad de observación fueron las categorías: clase social, proceso salud- enfermedad y determinación social de la salud. Se realizó análisis de contenido de 170 documentos. Asimismo se realizó un análisis crítico del discurso de 11 conferencias Juan César García, con el propósito de estudiar el eje de las praxis sociales y los cambios del estilo de pensamiento de la MS/SC.

Figura 1

Fases del proceso metodológico

Pregunta de investigación	Sustento Teórico	Técnicas empleadas
¿Cuáles son las diferencias interpretativas y las contradicciones al interior de la MS/SC y sus implicaciones epistemológicas?.	Historia de la ciencia Bloor Fleck; estilo y colectivo de pensamiento Kuhn objeto de estudio: Epistemológicas y praxicas	Revisión documental Entrevistas con actores de la MS/SC. (académicos, activistas políticos).
¿Cómo se ha legitimado en la esfera pública la producción de conocimiento de la MS/SC con categorías analíticas y conceptos? Validación extrínseca y expansión del conocimiento (Fleck- Kuhn)	Cienciometría estructural del discurso, poder del autor para validar y motivar a otros para usar su producción. La bibliometría como herramienta metodológica (González). Capitalismo cognitivo, Tics	Análisis bibliométrico en WoS y Elsevier categorías: Clase social, procesos salud enfermedad Determinación social de la salud. Análisis de Contenido de 170 estudios: Enfoque de los Modelos en salud (Breilh)
¿En el espacio de encuentro de la corriente de pensamiento de la MS/SC, -Asociación Latinoamericana de Medicina social -ALAMES- se genera una esfera de producción/reproducción de poder simbólico? (Validación Intrínseca)	Conceptos de campo, habitus y poder simbólico de Pierre Bourdieu, y los aportes sobre la acción transformadora desarrollados por Antonio Gramsci	Análisis crítico del discurso de 14 Conferencias Juan César García (ALAMES)

Fuente y elaboración propias

El análisis bibliométrico, permitió explorar cómo circula la información, producida desde la medicina social y salud colectiva, en el entendido que, una corriente

de pensamiento, además de producir y potenciar el conocimiento, le corresponde, establecer una amplia circulación, para instalarlo entre los investigadores de la propia colectividad de pensamiento, en otras esferas de conocimiento científico y en la sociedad en general.

A) Seguimiento bibliométrico a las categorías

La ciencia introdujo métodos objetivos y métricas para describir las diferentes características sociales de las disciplinas y su estudio como un fenómeno social, con el cual se busca identificar el comportamiento de la actividad académica a nivel global (Goldsmith 1966). En este marco se destaca la ciencia de la documentación que se ha transformado en ciencia de la información, con el surgimiento de esta disciplina la bibliometría y la cienciometría se constituyen como herramientas metodológicas (Gonzalez Uceda 1997).

La bibliometría como desarrollo de la estadística bibliográfica se emplea para identificar el tamaño, crecimiento y distribución de los documentos científicos, así como el estudio de la estructura y dinámica de los grupos que producen y consumen la ciencia, por su parte la cienciometría, se centra en el análisis cuantitativo de la actividad científica y técnica con la medición de impacto de las publicaciones. Es preciso señalar como el presente estudio se situó sobre una perspectiva crítica de la cienciometría, es decir toma distancia de los indicadores clásicos sobre Rankin de citación y auto citación, y busca dar cuenta del nombre de revistas y bases de datos donde se encuentran textos, autores, países y periodicidad de la publicación de las categorías en revisión. Ubica la perspectiva de Bourdieu sobre el campo científico (Kottow 2013, 7) y el ejercicio de poder de voces autorizadas que constituyen un mundo particular de privilegios y no reconoce a quienes están por fuera de este grupo, en tal sentido, la salud, se enmarca eminentemente en el campo científico; Kottow señala que, en las esferas académicas, éste tiene una relación innegable con el campo económico a través de remuneraciones, apoyos financieros, ventas de servicios, Sin embargo, la forma como se estructura y como los agentes acumulan capital simbólico allí se da en razón del prestigio académico, expresado a través de rangos y posiciones que dotan a los miembros titulares, vitalicios, académicos de número, docentes de planta, de un status incuestionable (Casallas, 2017, 7).

La revisión bibliométrica fundamentalmente valora la producción y uso de la información científica, que circula mayoritariamente en revistas y medios de información especializados. Una breve aproximación al origen de la revista científica, la ubica en el siglo XIX, cuando fue considerada como una oportunidad para quienes querían conocer y difundir su producción, sin embargo, no contaban con el tiempo para consultar textos con volúmenes numerosos o se imposibilitaba el acceso a ellos.

La primera Revista científica se publicó en París en 1665, titulada *Le Journal des Savans* (Diario de Scholar). En tanto, la primera revista médica identificada fue *Nouvelles découvertes sur toutes les parties* (Descubrimientos en todos los campos de la medicina), también se publicó en París, en enero de 1679. En la actualidad, en el espectro de las ciencias de la salud, la revista *Lancet*, es una de las más reconocidas a nivel internacional, por su factor de impacto, en la citación de artículos, comenzó a publicarse en 1823, la editorial Elsevier, la circula semanalmente. (Miholiel y Marusic 2009, 45)

En la actualidad la esfera de la producción académica publicada de forma escrita hace parte del mercado del conocimiento y existe una marcada tendencia de las empresas editoriales para conservar monopolios, en Estados Unidos, se encuentra la editorial Web of Science, -WOS_ en tanto que en Europa es Elsevier y en América por años se mantuvo Scopus, actualmente incluida como una de las líneas de Elsevier.

Este mercado del conocimiento impone a los académicos y al valor del conocimiento en fase de expansión, (Kuhn) una serie de indicadores entre ellos, la medición de impacto, el envejecimiento de la información y el posicionamiento en el ranking de la producción, indicadores previstos por las propias casas editoriales, y por tanto situación que determina la difusión y validación del conocimiento, desde ese modelo valorar la producción de la ciencia, es una expresión del llamado capitalismo cognitivo, concepto acuñado por la economía crítica, para entender una nueva forma histórica de capitalismo, que sucede al capitalismo mercantil y al capitalismo industrial.

En tal sentido, lo que viene ocurriendo frente a la participación del conocimiento en la distribución, acumulación y consumo, transforma el capitalismo industrial del trabajo, para llegar a la flexibilización progresiva de la relación capital trabajo, lo que hoy se transa en que los bienes son informacionales, no materiales, producen y en apariencia democratizan el trabajo.

El vector principal son las nuevas tecnologías de información y de comunicación cuyas principales características pueden resumirse así:

- Rol creciente de lo inmaterial, «virtualización» de la economía;
- Papel de la información y de Internet
- Captación por la empresa y el mercado de la innovación social;
- Invalidación del modelo clásico (smithiano) de división del trabajo;
- Disolución de las líneas divisorias entre capital y trabajo homogéneo o entre calificados y no calificados;
- Ascenso de la sociedad de red;
- Rol dominante de las economías de aprendizaje en la competencia;
- Importancia de los saberes implícitos no codificables e irreductibles al del maquinismo;
- Globalización de la performance;
- Especificidad del bien información en cuanto a su uso y a su apropiación;
 - generalización del fenómeno de externalidades (Husson 2004, 67)

Las editoriales por su parte adquieren los derechos de propiedad intelectual, por ser los dueños de bienes informacionales apropian y acumulan en bases de datos especializadas, a las que regulan el acceso, mediante condicionamientos económicos, aplicados a los centros educativos y de investigación, a los autores y a los consumidores de la información, de esta forma, obtienen la plusvalía que se aumenta de forma exponencial al mantener los monopolios.

En contraposición, en América Latina, se destacan tres iniciativas no-comerciales, de financiamiento público Latindex, SciELO y RedALyC las cuales ofrecen información sobre publicación académica en la región.

Cabe destacar el trabajo de la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), una posibilidad para difundir mediante el acceso abierto la producción científica del continente. “Redalyc ha contribuido a la diseminación y visibilidad académica de la producción científica proveniente de los países del “sur global”, y se ha constituido en una fuente de publicación científica hacia espacios más incluyentes y colaborativos, así como la creación de repositorios temáticos, institucionales, que garantizan que el conocimiento sea un bien común al alcance de todos”. (Suber 2015, 8).

Lo anterior deja por sentado que conociendo la perspectiva del mercado de las publicaciones, también lo es que divulgar una corriente de pensamiento implica la no marginalidad de estos espacios y la búsqueda de nuevas y mayores formas de acceso abierto y socialización y validación de conocimiento principalmente en las redes de conocimiento.

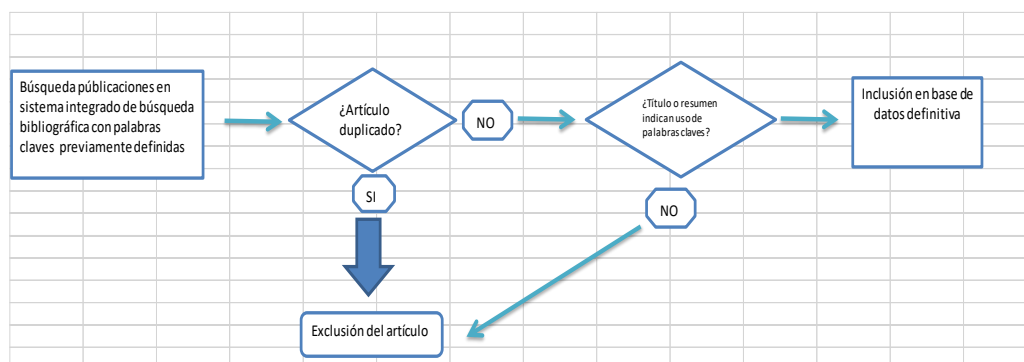
Para realizar la búsqueda de artículos se consultaron los descriptores en salud DeCS-según las recomendaciones del ad Hoc Wordking Group Critical of the Medical Literature para establecer el lenguaje único de indexación de producción científica La revisión de literatura, se realizó en inglés, español y portugués, en los buscadores: Business Source Complete, Directory of Open Access Journals, Fuente Académica Premier, JSTOR Journals, MasterFILE Premier, MedicLatina, MEDLINE, RePEc, Repositorio Institucional Edoc UR, SciELO, Science Citation Index, ScienceDirect, Scopus®. La estrategia de búsqueda documental fue retrospectiva. Como gestor de referencia se utilizó Endnote

Las palabras claves [Determinación Social de la salud] or [Social Determination of Health] or [Determinação Social da Saúde], [Clase social en salud] or [Social class in health] or [Classe social em saúde], [Proceso Salud Enfermedad] or [Health-Disease Process] or [Processo Saúde-Doença] y [Health, work] and [Social medicine] or [Collective health] or [Salud, trabajo] and [Medicina social] or [Salud colectiva] or [Saúde, Trabalho] e [medicina social] or [saúde coletiva].

La fórmula booleana utilizada incluyó las combinaciones de OR-AND y los períodos de publicación se establecieron en quinquenios de 1980 a 2016

Figura 2

Flujo de procedimiento de selección de artículos sin puntos



Fuente y elaboración propios

Los criterios de selección de los artículos fueron: presencia de la denominación de la categoría en el resumen, estar contemplado dentro el periodo de revisión y corresponder a publicaciones sobre medicina social o salud colectiva además de incluir el país, autor, el enfoque, la metodología y los aportes praxeológicos

B) análisis crítico del discurso

El ACD es una técnica utilizada desde los años 70 en Europa, generada como respuesta al interés por analizar las relaciones entre lenguaje, poder y control social.

Las bases del ACD se nutren “del marxismo occidental, impulsado en el siglo XX, se remonta de Gramsci al marxismo cultural inglés, pasando por los trabajos de las distintas generaciones de la Escuela de Frankfurt y de Althusser, quien destacó la centralidad de la cultura y las formas simbólicas en los procesos de dominación característicos de las sociedades capitalistas, así como en las posibilidades de subvertir y resistir dichas relaciones de poder.” (Stecher, 2010: 97)

En el ACD es posible distinguir postulados teóricos como los siguientes:

- Teoriza la relación dialéctica entre el discurso y las estructuras sociales, como aporte a la transformación de lo social.
- Revisa las relaciones entre lenguaje y poder, evidenciando las formas en que el discurso determina modos de control social.
- Tiene como propósito promover espacios de conocimiento que contribuyan a la democratización y emancipación de la sociedad, en vía de generar relaciones de resistencia a través de discursos alternativos contra hegemónicos, ante los marcos culturales de la dominación (Stecher 2010,100).
- Tiene una trayectoria transdisciplinar que es utilizada para la comprensión del discurso desde la teoría social, que ha develado el sentido de las relaciones entre la cultura, el lenguaje y las asimetrías de poder (Van Dijk 2003,67).
- Contiene dos dimensiones: textual, para determinar la estructura del discurso; y contextual, para referirse al contexto, social, político o cultural donde se desarrolla el discurso.
- Cada evento discursivo es una instancia práctica discursiva que implica la producción e interpretación del texto y es parte de una práctica social. El evento discursivo en su interior devela las relaciones de poder y dominación (Firclough 2008, 174).

En el procedimiento metodológico realizado, posterior a la inclusión del artículo, para el análisis de contenido, se realiza la lectura y se organiza la información en la

rejilla dispuesta en el anexo 1. Esta matriz se fundamenta en Breilh para discernir sobre el enfoque de cada estudio y contiene adicionalmente otros indicadores útiles para precisar el momento histórico y grupos de interés de los investigadores que han publicado.

Tabla 7

Matriz Taxonomía de estudios

Enfoque o modelo utilizado (basado en Breilh 1999)	Modelo objetivista-empírico y funcionalista; fundamentado en el positivismo, el objeto es puro e independiente del sujeto, la observación se limita a eventos empíricos, fundamentales en las leyes de la causalidad, reduce la realidad a lo empíricamente observable, lo colectivo está compuesto por una sumatoria de lo individual, la validez se construye desde las inferencias.
	Modelo subjetivo- culturalitas de acción localizada. Se opone al empirismo, refuta el principio de inducción y asume lo cultural como lo tradicional, dando sentido al llamado relativismo cultural que viabiliza, desde su marco metodológico, la aceptación de la marginalidad restringe su mirada estructural a cambio de asuntos como lo local o lo individual.
	Modelo praxiológico participativo. En este modelo el autor da lugar a la MS/SC, en tanto dinamiza una relación sujeto-objeto e inserta la praxis como base para dicha relación. Esta situación determina, por ejemplo, la relación con la naturaleza que no es un dominio separado o diferente de la sociedad, sino parte de ella. Este modelo encuadra con el realismo dialéctico que “concibe la realidad como un proceso complejo y jerarquizado, donde el movimiento de la salud va de lo singular u particular a lo general pero cuya reproducción implica la acción macro”, este modelo praxiológico ha conectado con la complejidad propuesta por Morín, como posibilidad de incorporar movimientos que participan en la determinación de los objetos colectivos (Breilh 1999).
Población	Constatar si el estudio caracteriza asimetrías de poder; género, etnia.
Metodología	En qué técnicas de manejo y análisis de la información se sostiene el estudio o el artículo y que manejo da a la categoría.
Praxis; Aporta a procesos sociales	Aportes a la generación de conocimiento útil para los sujetos Postura frente a los sujeto investigados

Fuente Breilh: (1999, 2010)

Elaboración propia

El ACD es un apoyo metodológico en este estudio debido a que por lo general, predomina la tradición escrita para sustentar el aporte de un modelo a la ciencia, de esta

forma, las publicaciones son un punto de socialización de la actividad científica. Por tanto, los trabajos publicados constituyen uno de los productos finales de toda actividad científica y representan un indicador del volumen de la investigación publicada. Las bases de datos se han constituido en un método adecuado para obtener las referencias bibliográficas fácilmente.

Como Kuhn anunció en la historia de las ciencias, un paradigma adquiere mayor soporte cuando sus productos de investigación son reconocidos por otros científicos que comparten los principios y categorías de un constructo teórico. El tipo de publicación, los países, las instituciones y las disciplinas son indicadores de la forma como circula el pensamiento y como puede ser validado en centros educativos y, entre profesionales y en general, en la población.

La perspectiva de análisis histórico se estudió a partir de la evolución de las categorías en el tiempo para explicar desde los elementos: contexto, cultura, lo social, lo político o lo teórico, la influencia en la modificación de los significados (Vandermaern 2003) y de esta forma establecer qué implicaciones epistemológicas o histórico prácticas pueden tener las diferencias interpretativas.

C) La visión de los actores de la MS/SC desde la academia, la gestión y las prácticas sociales

El tercer procedimiento, lo constituyeron las entrevistas a profundidad, realizadas con académicos y gestores de la política de salud en diversos países, quienes en el marco de los llamados gobiernos alternativos desempeñaron cargos como Jefes de Ministerio o funcionarios de salud en los planes estatales.

Cada persona entrevistada tramitó un consentimiento informado autorizando el uso de la información. Los entrevistados son personas que han influido en la consolidación de esta corriente de pensamiento y en su trasegar como investigadores y militantes han construido la historia de este espacio vivo en el continente. Los criterios de inclusión se relacionaron identificarse como miembro de esta corriente; Poseer una contribución a la MS/SC en los lugares de desarrollo de esta: Investigativos, académicos, militancia.

A continuación, la relación de nombres de las personas que accedieron a participar en la entrevista.

Tabla 8

Entrevistados, país de origen y practica dentro de la MS/S/C

Nombre Entrevistado	País	Lugar desde el que aporta a la MS/SC
Catalina Eibentchuz	México	Academia
Asa Cristina Laurell	México	Academia- Política de salud
Mario Rovere	Argentina	Docencia- Política de salud
Hugo Spinelli	Argentina	Academia
Victor Penchzade	Argentina	Academia-investigación en genética
María Isabel Matamala	Chile	Activista Red de Género
Nila Heredia	Bolivia	Política de salud
Leticia Artilles	Cuba	Activista red de género. Consultora
Sonia Fleury	Brasil	Academia
Armando de Negri	Brasil	Política en salud
Jaime Breilh	Ecuador	Academia
Mario Hernández	Colombia	Academia
Saúl Franco	Colombia	Academia
Sara Fernández	Colombia	Academia
Eduardo Espinoza	El Salvador	Política en salud
Javier Rodríguez	Colombia	Activista estudiantil
Damián Verzañazi	Argentina	Academia

Elaboración propia

El instrumento utilizado para la entrevista tuvo como objetivo indagar sobre las posturas y contrastes de la medicina social, a partir de la visión de agentes que han documentado y construido esta corriente de pensamiento en diversos países desde diferentes lugares del colectivo de pensamiento.

La entrevista se desarrolló en cuatro ejes con preguntas orientadoras (anexo 2)

- Eje 1. Contexto de surgimiento de la MS/SC
- Eje 2. Principales categorías que han emergido en el trabajo epistemológico de la corriente de pensamiento
- Eje 3. Principales aportes investigativos y metodológicos que orienten la MS/SC

- Eje 4. Lugares estratégicos para el desarrollo de las prácticas de la MS/SC.

El procesamiento de la información permitió la segmentación de las entrevistas y su codificación de acuerdo con las categorías de análisis, utilizando el Software ATLAS. Ti 7.5.4®

D) Conferencias Juan César García. Congresos ALAMES

El tercer abordaje para coleccionar información consistió en la revisión y ACD aplicado a las 11 conferencias Juan César García, La aproximación al discurso de las conferencias Juan César García, acoge las posturas críticas, en el sentido que la historia no corresponde al análisis de textos o discursos, sin contenido de las praxis sociales. Autores como Joseph Fontana proponen la superación de modelos lineales, al recorrer desde los acontecimientos históricos hacia la teoría, evitando forzar la articulación entre el hecho histórico y el cuerpo teórico.

Las conferencias JCG, corresponden a la lectura que el colectivo de pensamiento de la medicina social ha venido elaborando acerca de momentos específicos en la sociedad, la economía los gobiernos y claro en la salud y los sistemas, en el mundo y su incidencia en la región, por ello corresponde con la evolución y contextos que han venido determinando a su vez la corriente de pensamiento.

Así, la metodología precisa explicar los procesos evolutivos para interpretar los contextos y acontecimientos en América Latina, que permiten establecer momentos históricos de la praxis social de esta corriente de pensamiento, el lugar de los Congresos de ALAMES ha sido considerado como un espacio desde la propia fundación para el encuentro de los interesados en esta identidad de pensamiento, para poner en evidencia los nuevos preceptos, establecer agendas de trabajo e incorporar a nuevos colectivos, jóvenes, movimientos sociales entre otros.

Por lo tanto, en este documento no se contarán los hechos, sino que se describirán las comprensiones de los mismos, con la posibilidad de ubicar su incidencia en la salud colectiva (Fontana 2003, 78).

Cabe señalar que bajo los preceptos de Antonio Gramsci, el propósito complementario de aproximación a las conferencias JCG fue conocer cómo se modifica el discurso de la MS/SC, que se plantea así mismo, desde algunos de sus miembros como contra hegemónico, y es evidente en el espacio de divulgación de los Congresos

de ALAMES, Las categorías para el ACD, pretender develar en el análisis lo que para Gramsci importa conocer cuáles son los sistemas y las relaciones de producción y cambio un país, o una sociedad, según el autor, sin conocimiento no se hará historia, la actividad práctica no quedará explícita (Gramsci 1978, 37).

Adicionalmente se indagó para comprender si el espacio de los Congresos de la ALAMES se aproxima a la construcción del poder simbólico para controlar a los agentes que sostienen el monopolio de la salud.

Lo anterior en tanto, una de las prácticas más importantes de la MS/SC, es la praxis, en tal sentido, uno de los lugares posibles para este desarrollo es el encuentro, debido a que posibilita el debate y postular agendas posibles para la región. Así, las conferencias JCG retoman estos debates, estos desafíos y convocan a los participantes de los encuentros alameños a construir agendas comunes de trabajo para un acuerdo emancipatorio frente a por lo menos la salud como un derecho universal. Este espacio fue construido tempranamente para la práctica social y política de este corriente de pensamiento, desde su fundación en 1984 en Ouro Preto Brasil. (anexo documento inaugural).

Bajo la dirección de recursos humanos de OPS, con la participación de Juan César García, Miguel Marques y María Isabel Rodríguez, se realizaron las reuniones de Cuenca 1 y Cuenca 2. En Ecuador, posterior a la publicación de la investigación de Juan César García sobre la educación médica y ante la emergencia en el modelo educativo como en la necesidad de aproximar otros campos de conocimiento como la ciencias sociales de la salud, al campo de la salud, un grupo de 16 académicos y activistas de la región, confluyeron en la ciudad de Ouro Petro para configurar un espacio de encuentro y construir un sentido compartido sobre la MS/SC.

Con la muerte de Juan César García, en 1984 y en reconocimiento a su icónica labor, los integrantes de la ALAMES definieron que la Conferencia inaugural en cada Congreso llevaría su nombre y su contenido mantiene una mirada crítica sobre situaciones que demandan análisis y construcción de estrategias conjuntas motivadas en la declaración final del Congreso.

Con esta claridad y regresando a la descripción metodológica, la herramienta utilizada para leer estas conferencias fue el análisis crítico del discurso; comprendiendo el discurso como una “práctica social” (Vaara y Tienar, 2008: 289) que permite analizar realidades sociales, siguiendo los procesos de investigación documental y constitución

del corpus, análisis teórico, conceptual y retórico y la interpretación. Los textos consultados son los siguientes:

Tabla 9

Lugar, fecha, Conferencista en la Conferencia “Juan César García”, 1987-2016

Lugar	Año	Conferencista
Medellín	1987	Giovanni Belinguer
Caracas	1991	Asa Cristina Laurell
Guadalajara	1994	Saúl Franco
Buenos Aires	1997	José Carlos Escudero
La Habana	2000	Edmundo Granda
Lima	2004	María Urbaneja
Salvador	2007	María Isabel Rodríguez
Bogotá	2009	Catalina Eibenschutz
Uruguay	2012	Jaime Breilh
El Salvador	2014	Eduardo Espinoza
*Ponencia 30	2014	María Isabel Rodríguez
Paraguay	2016	Armando De Negri

Elaboración propia

El análisis para las conferencias Juan César García se realizó de la siguiente forma (anexo 4):

- Análisis de la relación entre el discurso y el contexto socio histórico de la región, perspectiva global.
- Extracción de las categorías que emergen en esos contextos
- Develar desde el ACD las acciones que configuran momentos específicos sobre la situación de salud en la región y se evidencian en el tiempo, con sensibilidad frente a las inflexiones políticas, sociales, económicas concretas de una colectividad.

3. Procesamiento de la información

1. Los textos fueron incorporados como Documentos Primarios al Software ATLAS. Ti 7.5.4® para ser codificados.

2. Se realizó una lectura sistemática de cada una de las conferencias, destacando los elementos discursivos relacionados con las categorías propuestas por el estudio y se procedió a la codificación de las conferencias y además se volcó según la rejilla propuesta para ACD en el anexo 4. .

Los componentes de ATLAS. Ti 7.5.4® utilizados para análisis de las entrevistas y de las conferencias Juan César García fueron:

Documentos primarios: considerados como los “datos originales”, corresponden a las transcripciones del audio obtenidas de las entrevistas y los documentos memoria de los Congresos de ALAMES.

Tabla 10

Fuentes primarias

Fuente de información	Número de documentos primarios
Entrevistas transcritas	17
Documentos memoria congresos ALAMES	15

Fuente y elaboración propias

Citas: corresponden a los fragmentos o apartados de las entrevistas realizadas y de los documentos Conferencias Juan César García de ALAMES. Son segmentos con alto significado, para un primer nivel de selección y reducción de información.

Códigos: Se pueden interpretar como agrupaciones de citas. Se corresponden con la unidad básica de análisis, es decir, América Latina.

Familias: son agrupaciones con un nivel jerárquico superior. Para el propósito del estudio articulan los códigos y corresponden a las Categorías de cada eje de las entrevistas.

En el siguiente capítulo se presentarán los resultados de este procesamiento metodológico.

Tabla 11
Codificación y familias

FAMILIA	CÓDIGOS	NÚMERO DE CITAS
CONTEXTO	Contexto Político, Económico, Social y Cultural MS en AL	111
	Contexto Político, Económico, Social y Cultural ARGENTINA	1
	Contexto Político, Económico, Social y Cultural BOLIVIA	1
	Contexto Político, Económico, Social y Cultural BRASIL	8
	Contexto Político, Económico, Social y Cultural CHILE	18
	Contexto Político, Económico, Social y Cultural COLOMBIA	6
	Contexto Político, Económico, Social y Cultural VENEZUELA	2
TRANSFORMACIÓN DE LA MSL	Transformaciones de la MSL	68
	Efectos de las transformaciones políticas en las posturas de la MS Latinoamericana	10
	Personas que influyeron en la construcción	83
DETERMINACIÓN SOCIAL	Interpretaciones de la categoría Determinación social	9
	Diferencias conceptuales o epistemológicas de la determinación social	10
	Aportes de las ciencias sociales	7
	Aportes desde el campo ambiental	14
	Relación entre las versiones de determinación social expresadas y las posturas políticas	5
CONCEPTOS Y CATEGORÍAS DE LA MSL/SC	Diferencias metodológicas en la interpretación de la determinación social	7
	Relación entre la determinación social y la complejidad	3
	Conceptos o categorías han alimentado el pensamiento de la MS/SC	97
	Espacios o escenarios en los que se constituyó la medicina social y la salud colectiva	12
MSL/SC MOVIMIENTOS, POLÍTICAS GOBIERNOS	En qué campos sociales/movimientos/partidos se ha desarrollado la MSL /SP	15
	Aportes de la MS/SC en la gestión de políticas y gobiernos	10
	Aportes desde la academia	6
	Medicina social en el marco de las políticas neoliberales	7
DESAFÍOS ESTRATEGIAS	Desafíos	89
	Estrategias	8
TOTALES		
6 familias	25 códigos	607 Citas

Fuente entrevistas Elaboración propia

Capítulo cuarto

Resultados de revisión bibliométrica y análisis crítico del discurso

El presente capítulo se ocupa de la presentación de resultados y análisis iniciales, de la búsqueda realizada en bases de datos, las variables con las que se trabajó para realizar el análisis bibliométrico son:

- Producción: cantidad de evidencias recuperadas según estrategia de Búsqueda.
- Evolución de la producción: variación del tamaño de contribuciones por año de publicación, por país de edición, y comparación de la evolución cronológica en las bases de datos.
- Revistas: fuente de publicación

El primer apartado da cuenta de publicaciones relacionadas con la medicina social y salud colectiva, en el periodo previsto; en el segundo apartado la revisión de las categorías: clase social, proceso salud enfermedad y determinación social de la salud. Y el resultado del análisis de contenido realizado a 170 documentos, (Anexo4. matriz)

Como fue descrito en el capítulo anterior, se acude al análisis bibliométrico para ubicar la expansión de la MSSC como corriente de pensamiento, desde la publicación. Considerada un desafío para algunos investigadores de la MS/SC, por las dificultades que conlleva documentar internacionalmente este estilo de pensamiento.

1. Resultados de la revisión Bibliométrica Medicina social y salud colectiva

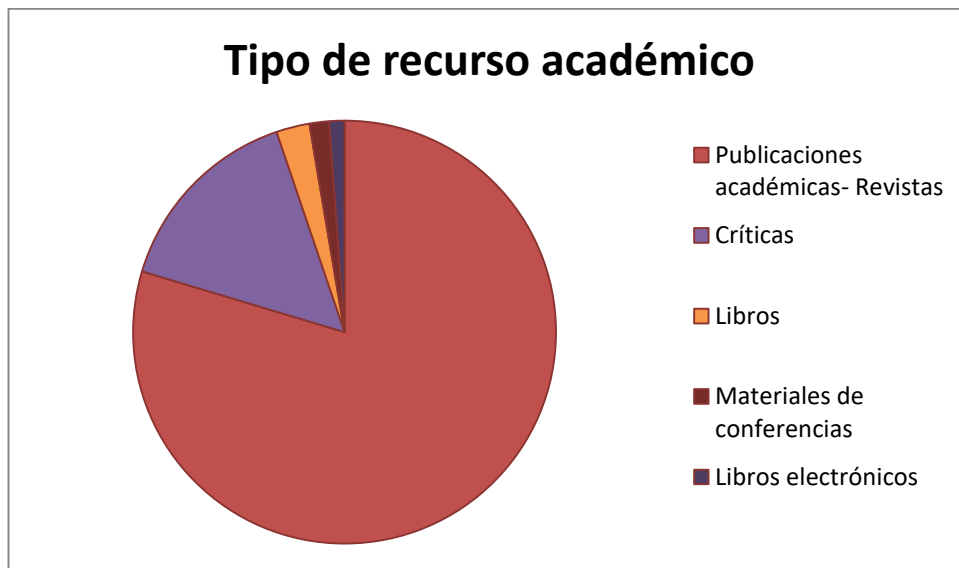
Este apartado presenta los resultados de la búsqueda bibliométrica realizada para los términos Medicina Social y Salud Colectiva, cuyo propósito fue explorar cuál de ellos tiene mayor aceptabilidad y uso entre los investigadores al justificar su perspectiva publicada en revistas indexadas de las casas editoriales más reconocidas de acuerdo con los parámetros de indización.

a) Producción académica según tipo de recurso

El número de publicaciones que utilizan los términos medicina social y salud colectiva encontrados equivalen a 25.202 textos.

Figura 3

Tipo de recurso académico



Fuente Elaboración propia, con base en la consulta documental

El 80% (20.072) se concentra en publicaciones de las revistas científicas, el 15% (3.819) son documentos de crítica académica, es decir, textos dedicados a una temática específica a manera de análisis documental, el 3% (642) son libros y el 2% restante (671) lo constituyen material de conferencias y libros electrónicos.

b) Temas abordados

La lectura de los resúmenes en los documentos, señalan; de un total de 16.219 artículos, el 8,92% se ubica dentro de las temáticas de las ciencias de la salud, en tanto que el 4,34% se ocupa de las ciencias sociales, en temas como epistemología, bien común y demografía. Acerca de la utilización como enfoque para el estudio en los

resúmenes se observa el uso del término salud pública en un 23%, medicina social un 12,68% y salud colectiva 2,63%.

Si bien este apartado trata exclusivamente de los hallazgos cuantitativos, la técnica del análisis del discurso, utilizada también en este estudio, situada dentro de las disciplinas de interpretación, advierte como al uso de los términos, subyace “el” sentido de los textos, que a su vez proyecta la acción estratégica de un sujeto.

Enfoques como la cienciometría funcionalista, principal visión para el sustento de la indexación de textos, comprende a la sociedad como “producto de la difusión, la acumulación y transmisión de conocimiento de grandes colectivos cobijados por principios institucionales que regulan su quehacer científico” (J.M.Marandin, citado por Cuartas:2010).

De esta forma la manera de enunciar y definir términos está afianzando la fuerza de los discursos, con el efecto de interdiscurso, bajo la forma de lo no-dicho, que allí emerge como discurso, y que. “No se trata de una lectura plural donde un sujeto juega a multiplicar los puntos de vista posibles para mejor reconocerse en eso, sino de una lectura producto de la cual, el sujeto es a la vez desposeído y responsable del sentido que lee” (Cuartas: 2010,245).

Dicho lo anterior, desde esta perspectiva es posible señalar que en los hallazgos bibliométricos, en su mayoría los investigadores adoptan una mirada convencional de la salud pública. En tanto, es la forma como se identifican en sus publicaciones. No obstante y más preocupante aun, en la lectura de los resúmenes se encontró entre los propósitos y metodologías descritas es común el empleo indiscriminado de los tres términos, dejando en conjunto estos términos para acciones o investigaciones dirigidas a la salud de los públicos o a la configuración de políticas de salud poblacionales.

Estos resultados tienen varias implicaciones el primero y para nuestro propósito de establecer retos para los investigadores de la MS/SC, en cuanto la reproducción del pensamiento, la importancia de profundizar en las publicaciones sobre la historicidad, distinción epistemológica y metodológica..

De igual manera y entendiendo la bibliometría no solamente como un instrumento dentro de la cienciometría, dirigido a la construcción de indicadores para la medición del avance de la ciencia, corresponde formular un llamado de atención a las editoriales para modificar los índices de valoración, debido a que se observa en el afán de capturar publicaciones que se naturalizan los modelos teórico-metodológicos en los

que se fundamentan de forma latente, los estudios lo que dificulta la validación de resultados, considerándolos como hechos dados y no como constructos teórico-metodológicos.(Cuartas:2010,667)

Lo anterior debido a que para la cienciométrica funcionalista la producción de conocimiento científico consiste en relacionar índices de productividad científica y patrones de citación, dando curso al sistema de indización de mayor impacto en la ciencia global y que ha institucionalizado los principales parámetros de evaluación para la ciencia de hoy (el Science Citation Index –SCI- y el Social Science Citation Index –SSCI-). Lo anterior construye una teoría en donde logra establecer una correlación entre la eminencia científica y los índices de productividad y citación de sus obras. Su tesis propone que la importancia de una teoría científica está expresada en el prestigio de la obra general de un autor en el sentido de su volumen productivo y la cantidad de veces que es citada. (Cuartas: 2010,667)

Para la MS/SC, posicionarse en el campo de las publicaciones y apropiarse de estos espacios de la cienciométrica convencional, como es sustentado por varios académicos, de la corriente de pensamiento, implica como reto posicionarse con coherencia para consolidar los conceptos y categorías de interés con características científicas que impacte sobre esos niveles de producción de la ciencia. Siguiendo con la revisión bibliométrica, las temáticas abordadas en los textos para medicina social y la salud colectiva, corresponden con lo presentado en la tabla 12.

Tabla 12

Temas medicina social y salud colectiva

Temáticas relacionadas	#	%
Poblaciones específicas	1557	17,9
Salud mental- violencia	1381	15,9
Atención primaria en salud	1362	15,6
Salud y trabajo	1031	11,8
Salud sexual y reproductiva	769	8,8
Transmisibles- Tuberculosis	659	7,6
Salud oral	650	7,5
Nutrición	475	5,5
Enfermedades crónicas	445	5,1
Mortalidad General	383	4,4
Total	8712	100

Fuente y elaboración propias

Los principales temas de los que se ocupan la medicina social y la salud colectiva, según 8712 artículos seleccionados, se encuentra que: el 17,9% indaga sobre la condición de grupos poblacionales específicos, reconociendo enfoques diferenciales como género y territorialidad; el 15,9% de asuntos relacionados con la violencia y la salud mental en tanto, que al binomio salud y trabajo corresponde el 11,8%, un amplio número de artículos documentan experiencias y reflexiones frente a la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud, en un 15,6%.

De manera genérica la tabla n°12 señala el uso de los términos medicina social y salud colectiva, para referirse a múltiples temas de salud, que abarcan la investigación teórica y aplicada sobre patologías y organización de servicios sanitarios e incorpora en sus marcos analíticos las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

Retomando a Fleck, cabe precisar que al revisar el uso de los conceptos medicina social y salud colectiva, se buscó identificar en los investigadores, si en verdad existe un “colectivo de pensamiento” término para designar la identidad de la comunidad de científicos de un campo determinado, este paneo que permite la bibliométrica da cuenta de una coherencia entre quienes han definido en su enfoque la MS/SC y las categorías que utiliza.

Por otra parte, la cienciometría que toma distancia de la funcionalista es la definida por Cuartas, como: cienciometría estructuralista de la traducción, donde el investigador entendido como, una actor-red utiliza un constructo teórico que permite ir más allá de la comprensión de la ciencia como un agregado de propuestas que se expanden por difusión. Este constructo recurre a los conceptos de poder y estructuración y lleva a entender la producción de conocimiento científico como una empresa con intereses en juego. Al proponer los intereses se introduce el concepto de poder; de tal forma, la ciencia y la tecnología serían producto de: la posición de los roles en la red, su funcionalidad complementaria, la existencia de escenarios adecuados, las estrategias existentes para conservar esos mismos intereses, pero sobre todo el poder de interesar a otras entidades en sus propias dinámicas de enunciación y acción. (Callon, citado por Cuartas:2010).

Esta modalidad de cienciometría es estratégica para la MS/SC si vemos que la capacidad de interesar a otros, asumiéndola como la, acción de interesar, enrolar, de traducir que envuelve a una entidad atrayendo a una segunda y a través de esta a una tercera. (Cuartas:2010). Puede ser comprendido como la forma elemental de traducción, del aporte científico de la MS/SC, en lugares estratégicos para “interesar” a otros

científicos y allanar otros campos de conocimiento y más investigadores en todo el orden global.

b) Revistas y centros académicos de la producción científica

Las casas editoriales concentran revistas científicas, para las que generan patrones de homogenización en la presentación de textos publicables, de esta forma equiparan mediante ranking el impacto que genera la citación de autores y centros de investigación, para validar el conocimiento, embestir de prestigio científico, a los investigadores y a la vez ejercer el control sobre la producción intelectual

La editorial norteamericana Web of Science, WOS, es la más parcializada y “rigurosa” en la recepción de trabajos a ella se circunscriben una elite de autores y centros de investigación. No obstante, los índices de citas en WOS, están perdiendo su monopolio y exclusividad por el peso de las publicaciones del acceso abierto, situadas en bases de datos que incorporan revistas, repositorios y trabajos individuales algunos como Scopus y Google Académico incluyen investigaciones provenientes de regiones en desarrollo, poniéndolas al mismo nivel de publicaciones en todo el mundo.

Por otra parte, cada editorial ha optado por especializarse en campos disciplinares, por ejemplo, Elsevier, se concentra en revistas científicas, posee Scopus, con de 16.000 revistas científicas y abarca en el campo de la salud, la revista Medline, y disciplinas como: química, física, matemáticas, ingeniería, Biotecnología y ecología. Incluso tiene cobertura de la sociología, psicología y economía. WoS a su vez contiene archivos mucho más extensos que permite cubrir períodos más largos, e incluye las artes y las humanidades. (Marusic 2009,34.)

Sentado lo anterior, como resultado de la revisión bibliométrica, las revistas que citan la medicina social y la salud colectiva, son: la revista *Ciência e Saude Coletiva* con el 11% con 2294 publicaciones, le sigue con el 9% la revista *British Journal of Preventive & Social Medicine*, con 1708 publicaciones. Cabe destacar como entre las publicaciones seleccionadas el 26%, (41.348), de autores se concentran en la *Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco*, de Brasil y el 20%, (8225), de estos autores han puesto sus textos en revistas que hacen parte de la editorial europea Elsevier, incluyendo Scopus.

Una posible explicación de la trayectoria brasileña en la región, en materia de desarrollos teóricos y publicaciones, es expuesta en la entrevista realizada a Hugo Spinelli, quien argumenta como:

“Los países llevan historias diferenciadas, el movimiento sanitarista en Brasil, logra llegar tempranamente al gobierno y desarrollar en las universidades varias figuras interesantes, y desde ahí salen conceptos de la salud colectiva, porque salud colectiva, lo crea Cecilia Donnangelo, entonces vos empiezas a ver ahí en Brasil, ya estás hablando de terceras o cuartas generaciones, y muchos de nuestros países con suerte van por la segunda y algunos están buscando todavía la primera generación. Eso también marca diferencias de desarrollos teóricos y de producción” (Hugo Spinelli).

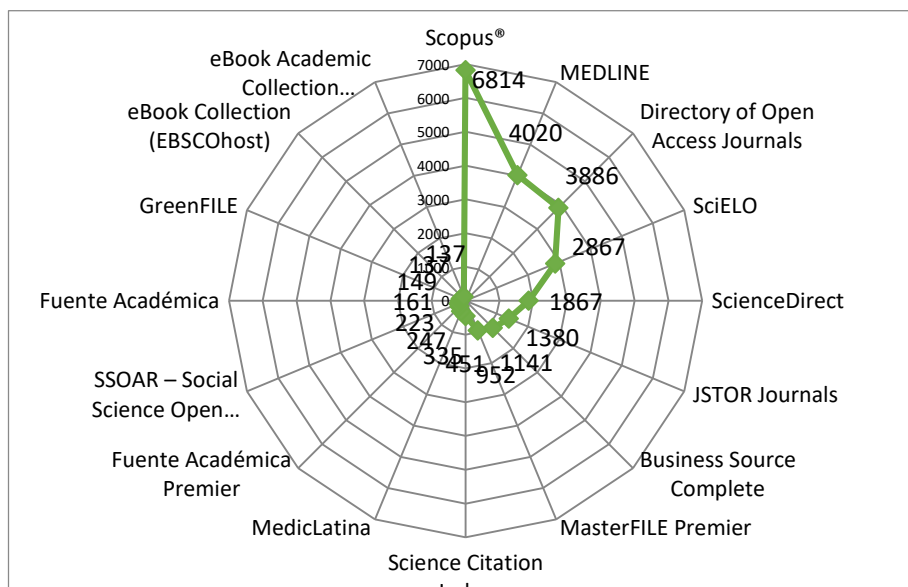
No obstante, para mantener esta publicación amplia y sostenida influyen asuntos como la poca disponibilidad de financiación para la innovación, la investigación y las publicaciones y la obligatoriedad a mantener la uniformidad en algunas temáticas. Los obstáculos están presentes, en medio de núcleos de poder como la industria, el capital económico y la cultura que se instala en la visión general de la sociedad, manteniendo una hegemonía desde el capitalismo cognitivo.

c) Distribución de las publicaciones según ubicación en bases de datos

A continuación se presenta en la figura 4, la distribución de publicaciones según las bases de datos. Scopus® concentró el 27% con (6.814) publicaciones, le siguen en orden descendente MEDLINE con el 16% con 4020 publicaciones, Directory of Open Access Journal con 14% (3886) publicaciones, durante el periodo 1980-2016.

Figura 4

Distribución de publicaciones según base de datos especializada



Fuente y elaboración propias

Como se mencionó anteriormente, Scopus nace como una modalidad de editorial en América Latina, que es absorbida, en la década del 2000, por Elsevier, es la razón que le lleva a la aceptabilidad de autores en la región, por mantener el idioma español, lo que puede explicar el mayor volumen de publicación y además garantizar el acceso abierto.

Por su parte Medline (Biblioteca Nacional de los Estados Unidos) es más bien definida como una base de datos especializada que alberga numerosas revistas, cuyas publicaciones se concentran en temas biomédicos.

En tanto que, acceso abierto es la denominación otorgada a un movimiento internacional, cuyo objetivo es proveer acceso sin restricciones económicas, técnicas o legales a la información de carácter científico, cultural y académico, mediante el uso de internet. En Iberoamérica, el más utilizado es el Sistema de Información Científica Redalyl, tiene varias modalidades y permite a los autores poner en circulación su producción sin mayores obstáculos, principalmente en los valores económicos frente a las revistas de mayor ranking.

Adicionalmente, las revistas que publican en español y portugués facilitan el acceso a investigadores de la región, las internacionales lo hacen en inglés, y requieren que los autores cuenten con recursos para tramitar traducciones científicas, situación que se ha convertido en una presión por parte de las Corporaciones financiadoras para presentar los resultados en revistas internacionales de alto perfil y valorar de esta forma el capital invertido al llegar a revistas con mejores índices de calificación del impacto.

Del resultado de publicaciones según revistas o bases de datos, se evidencia que este pensamiento de la MS/SC, si tiene un lugar en las revistas, no obstante, se privilegia el uso de bases en español y portugués, con una sostenida publicación en acceso abierto.

Para la MS/SC, esta situación es relevante, en tanto, al entender de varios entrevistados, es necesario llegar a estos espacios de poder y lograr que el pensamiento sea reconocido, colectivizado y visibilizado en los ámbitos internacionales para lograr la expansión, de la que habló Kuhn, en relación con las revoluciones científicas.

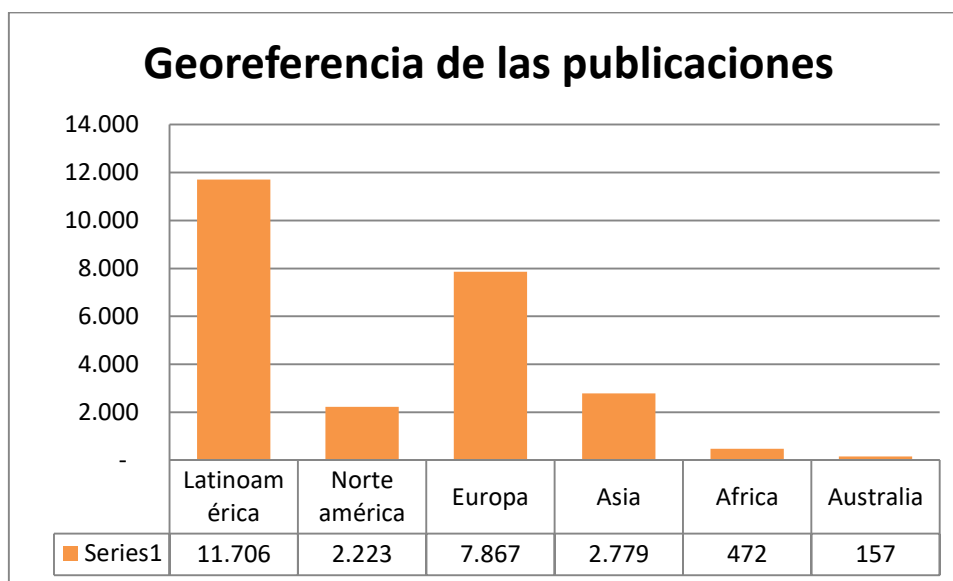
Por otro lado, las publicaciones locales y el espacio abierto deben ser ocupados, a través de la difusión y circulación del conocimiento a nivel regional, para alimentar la producción en los centros de estudios a nivel de pregrado y posgrado, llegando también a los sujetos y organizaciones que realizan las praxis sociales de la medicina social y la salud colectiva.

d) Ubicación de la producción científica

En cuanto a la procedencia geográfica de las publicaciones, se encontró que en Latinoamérica se concentra el 46% con (11.706) de las publicaciones, destacando la producción de Brasil, con (11.084) publicaciones. Le siguen las europeas con 7867 publicaciones que representan el 31%, Asia con 11% y (2779) publicaciones, Norteamérica con (2223) correspondientes al 9%, África con el 2% y Australia con el 1%.

Figura 5

Georreferencia de las publicaciones. Años



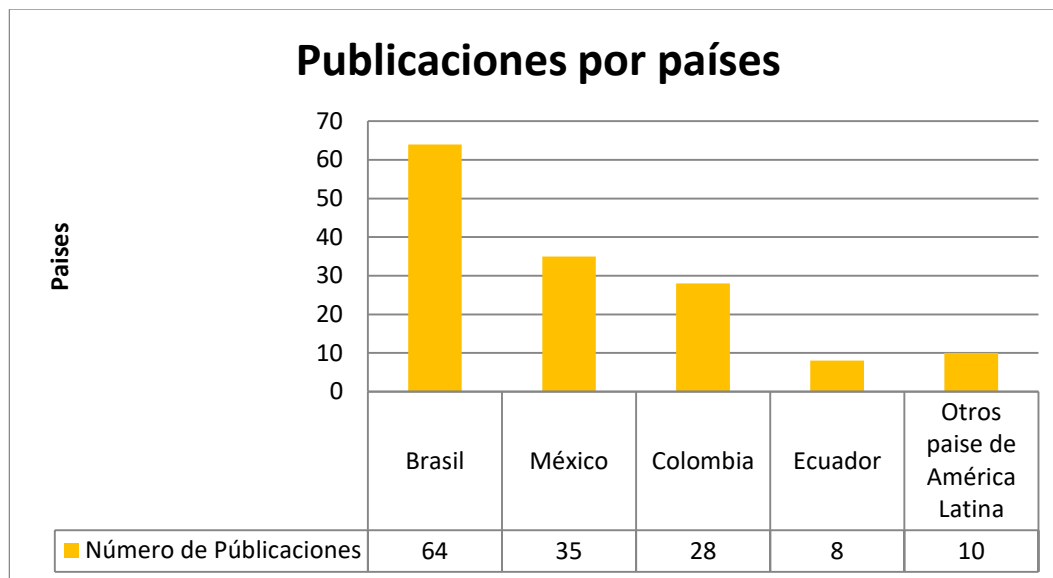
Fuente y elaboración propias

El resultado es entendible en tanto la corriente de pensamiento de medicina social y la salud colectiva se han dimensionado como un proceso de producción científica en América Latina, así mismo la tradición de establecer conceptos y categorías más amplios para entender la salud, tienen su génesis en Europa, en tanto que el pensamiento tecnocrático de la salud, se ha ubicado en Norte América principalmente.

Adicionalmente el ranking de Scimago, América Latina en su conjunto contribuye de forma limitada a la producción y difusión de nuevo conocimiento científico en todas las áreas de la ciencia. Esta fuente señala que el volumen de producción desde 1996 al 2008 para América Latina es del 3%. Mientras que para la región europea es del 42%, América del Norte el 28%, Medio Oriente, Asia y Oceanía del 26% y finalmente para África del 1%. De lo anterior corresponde a la producción científica en el área de la salud, el 25% entre todas las áreas científicas reportadas por Scimago. (SCImago Journal & Country Ra 2010).

En efecto, desde la métrica de las revistas internacionales, parece un bajo impacto en la publicación del campo de la salud, principalmente en América Latina, Lo que implica que no toda la elaboración de gran valor académico e investigativo de esta corriente de pensamiento llega a las revistas de las editoriales que demarcan el alto impacto.

Figura 6

Publicaciones sobre medicina social y salud colectiva

Elaboración propia

Las publicaciones desagregadas por país, aparecen en las revistas de las bases de datos de Scopus y Scielo, un 95% de la muestra (N= 145) corresponde a productos de investigación y un 5% a textos de opinión de los autores. El 44,2% corresponde a publicaciones de Brasil, seguido de México con un 24,2%, Colombia con el 19,3%, Ecuador con el 5,5% y otros países el 6,9%. Lo que sugiere es que la producción es amplia y denota una gran capital, pero no llega a las revistas de las grandes editoriales.

A pesar de ser incipiente y contrario a lo expresado por SCImago, los hallazgos de Almeida (1999) y Breilh (2015), evidencian una potente producción de pensamiento en la región, como se pudo demostrar desde el estudio sobre desigualdad en salud y la revisión sobre epidemiología crítica, realizadas por los autores mencionados respectivamente, y descritas en el capítulo uno, destacan la alta calidad y el aporte de la producción Latinoamericana, siguiendo a Kuhn que la MS/SC, ha trascendido a un momento de la expansión del pensamiento.

Como lo indica Fleck en relación con el estilo de pensamiento, un hecho científico no se genera por la visión empirista de algo dado, como tampoco es una verdad universal, por el contrario, hace parte de un recorrido histórico. Para el caso de la MS/SC, una construcción desde la década de los 70 con una visibilidad marcada en la

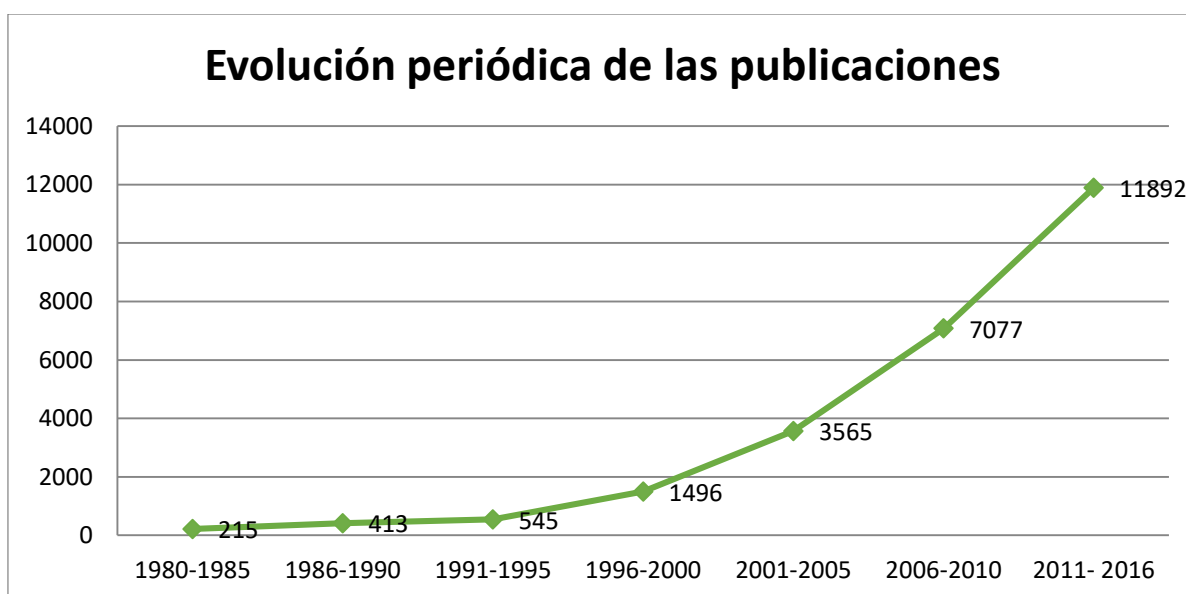
región y con posibilidad de proyección lo que permite configurar un estilo colectivo de pensamiento, determinado por la elaboración teórica como por la observación, los modos posibles de acción. (Helo 1989, 184).

e) Evolución de las publicaciones

Para facilitar la organización de la información, las publicaciones se organizaron por quinquenios, desde 1980 hasta 2016 periodo que contempla el estudio.

Figura 7

Evolución histórica de las publicaciones



Fuente y elaboración propia

Como se observa en la figura 7, El 47% equivalente a (11.892) publicaciones, se encuentran ubicadas en el quinquenio 2011 al año 2016; el 28% con (7077) publicaciones en el quinquenio de los años 2006 al 2010; el 14% con (3565) publicaciones en el quinquenio de los años 2001 al 2005. El restante 11% de publicaciones se presentaron entre el año 1980 al año 2000.

Un aspecto al que puede atribuirse la poca cantidad de textos publicados en los quinquenios iniciales, es la vigencia temporal, pues las editoriales y revistas, prefieren publicar textos de reciente producción, por lo anterior las publicaciones iniciales de la MS/SC, no hacen parte de este conjunto de ediciones, muchas fueron publicadas por

revistas de centros académicos, incluso algunas de ellas ya no existen, o hacen parte de libros completos, no asequibles para el estudio.

Esta trayectoria histórica, señala una tendencia al incremento de las publicaciones y una mayor visibilización de contenidos, situación explicada por la globalización de la informática y las llamadas Tecnologías de la información y de la comunicación Tic, que han posibilitado el acceso rápido a las publicaciones, este crecimiento, a su vez condujo a las casas editoriales a generar la modalidad de revisores pares, para garantizar evaluación de calidad en los textos a publicar y disponibilidad de la información sin aumentar costos por cuanto es una labor voluntaria y sin remuneración, que también ha sido acogida por las revistas universitarias.

Un segundo aspecto que marca el aumento en la divulgación está influenciado por la presión que se ejerce sobre investigadores y docentes universitarios para publicar, así como por los incentivos económicos o el temor a la pérdida de prestigio entre colegas, si no se encuentra dentro del ranking de impacto., lo cual ha llevado a un aumento de textos que no ofrecen mayor aporte en el conocimiento.

Concomitante con lo anterior proliferan agentes ofertando publicaciones, usurpando la imagen del espacio de Open Access, sin que en realidad lo sean, en lo que se ha denominado las revistas predatoras que invitan a publicar artículos en poco tiempo, contando con la revisión de pares y cobrando costos por el procesamiento del artículo. (A. Laurell 2017, 12).

El análisis bibliométrico realizado a los términos medicina social y salud colectiva da cuenta de la existencia de un colectivo de pensamiento que mantiene su vigencia, especialmente en América Latina. Un asunto alentador del esfuerzo que han hecho los investigadores para dar continuidad a las categorías y posicionar las nuevas perspectivas, en un contexto de crisis del modelo económico que requiere con urgencia un nuevo paradigma de la salud.

En síntesis, la aproximación al uso de los términos medicina social y salud colectiva en publicaciones científicas, explorada por la bibliometría, señala un proceso de expansión, en términos de Kuhn del modelo de pensamiento. La evolución de la MS/SC, desde una perspectiva de historia de la ciencia, permite como lo señaló Fleck, entender que esta se produce en contextos y sociedades específicas con ciertos modos de vida, es decir es un proceso social, para Fleck el este estilo de pensamiento es dinámico, y se extiende por períodos de aceptación, entre quienes comparten tal colectivo.

Para la sociedad del conocimiento, considerada como el cuarto sector de la economía, y controlada fuertemente por el mercado, que a su vez determina las inversiones en ciencia tecnología como mecanismo para mantener el poder de la información e impedir el acceso libre al conocimiento, resulta una verdadera interpelación la acción de los sujetos y organizaciones comunitarias, que promuevan una afectación del poder simbólico en la apuesta de superar la homogeneidad, que empobreció el enriquecimiento cognitivo, esta es otra de las construcciones urgentes para la MS/SC, explorar otras formas de tecnologías y multimedias flexibles y adaptables en un mercado más comunitario, más local y por tanto contra hegemónico.

2. Resultados análisis bibliométrico por categorías

Este apartado presenta dos tipos de resultados: la revisión bibliométrica para las categorías: determinación social de la salud, clase social en salud, proceso salud enfermedad, y en segundo lugar el análisis crítico del discurso realizado para los documentos que cumplían con los criterios de inclusión para las mismas categorías.

La selección de estas categorías surge de dos fuentes: las entrevistas realizadas a diferentes investigadores de la MS/SC, en tanto para ellos son representativas de la corriente de pensamiento.

Y los documentos escritos por investigadores de la MS/SC, quienes mantienen identidad en el uso de categorías a partir del materialismo histórico (Laurell, Donnangelo, Arouca, Breilh) y desde otras perspectivas (Almeida, Spinelli, Franco, Matamala) lo que constituye el acumulado epistemológico de la corriente de pensamiento. La tabla 13 concentra una síntesis producto de las entrevistas realizadas, acerca de las categorías que orientan este modelo de pensamiento de la MS/SC.

Tabla 13

Categorías iniciales de la medicina social/salud colectiva

Campo de pensamiento medicina social	Categorías Iniciales
EPIDEMIOLOGIA CRITICA	Producción y reproducción social
	segregación de clase social
	Subsunción
	Determinación social de la salud
	Ambiental
TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD	Teoría del Estado
	Políticas de servicios de salud
	Trabajo
	lo biológico y lo social
EPISTEMOLOGIA DE LA SALUD	Proceso salud enfermedad
	Lo individual y lo colectivo
	Ciencias sociales y salud
EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN SALUD	Procesos participativos en salud

Fuente y elaboración propias

La primera columna ubica cuatro componentes fundantes en la medicina social latinoamericana, a juicio de los investigadores entrevistados, cada una de ellas contribuye con una serie de conceptos iniciales que han dado curso posteriormente a nuevas categorías o sus complementos. El bloque con menor desarrollo es educación en salud.

El primer resultado resalta la clasificación desde la revisión bibliométrica realizada en las editoriales Elsevier con la base de datos Scopus y Web of Science, ubicando las revistas y autores con mayor publicación de las categorías, los países y periodos de divulgación.

El segundo resultado corresponde al análisis crítico del discurso realizado para las tres categorías, mediante una lectura abierta de los artículos reseñados, para identificar su perspectiva conceptual, el enfoque, las metodologías, el tipo de estudio.

La información obtenida de cada texto consultado fue consignada en una rejilla de análisis (anexo 5), Esta clasificación se realizó de acuerdo con la taxonomía propuesta por Jaime Breilh, referenciada en el capítulo metodológico, que contempla tres perspectivas: a) objetivista- funcionalista; b) Praxiológico, c) Subjetivo Culturalista. Para efectos e la presentación se presentara cada una de las categorías

Tabla 14

Clasificación taxonómica de las categorías

CATEGORIAS	TAXONOMIA (Breilh)					Total
	Objetivista. Empírico funcionalista	Praxiológico	Subjetivo culturalista		Revisión documental	
	Aporte Epidemiológico	Histórico-Dialéctico	Fenomenológico	Antropología-Etnográficos	Conceptual	
Clase Social	46	2	2	1	1	52
Proceso salud-enfermedad	6	4	13	21	6	50
Determinación Social de Salud	17	7	17	4	23	68
Total	69	13	32	26	30	170

Fuente y elaboración propias

Para el análisis crítico del discurso, se revisaron en total 170 documentos, que incluían las categorías clase social, proceso salud-enfermedad y determinación social de la salud, de acuerdo con la taxonomía empleada, la categoría clase social fue valorada en 52 documentos, el proceso salud- enfermedad en 50 y la determinación social de la salud 68.

En relación con la exploración bibliométrica esta incluyo el tipo de publicación, clasificados como: artículos de revisión o productos de investigación, libros electrónicos y revisiones sistemáticas en el periodo 2000-2016.

a) Tipo de recurso según categoría de análisis

Tabla 15

Distribución de tipo de recurso académico según categoría de análisis

CATEGORIA	Publicaciones Artículos Revistas	Libros	Revisión documental	Total publicaciones	%
[Determinación Social de la salud] or [Social Determination of Health] or [Determinação Social da Saúde]	142	1	1	144	7
[Clase social en salud] or [Social class in health] or [classe social saúde]	245	3	9	255	13
[Proceso Salud enfermedad] OR [Dealth-Disease Process] OR [Processo saúde-doença]	1484	11	50	1.537	79

Total	1871	15	60	1.936	100
%	96,6	0,8	3,1		100

Fuente y elaboración propias

Como lo señala la tabla 15, en la exploración de los términos clave para rastrear las categorías, se obtuvo un total 1.936 publicaciones, de las cuales el 79% corresponde a (1.537) publicaciones recaen sobre la categoría Proceso Salud-Enfermedad; el 13% con (255) a la categoría Clase Social en salud; y el 7% con (144) publicaciones con la categoría de Determinación Social en Salud.

El interés por explorar el proceso salud- enfermedad, en el espacio de la MS/SC, tiene relación con la comprensión de lo procesual, lo histórico, lo dinámico.

La categoría clase social, por su parte, cobra un valor significativo, porque permite leer al sujeto en su modo de vida e inserción en el modelo económico, a partir de la organización estructural de la sociedad, lo cual, incide directamente en su bienestar o en su deterioro. Esta relación permite interpelar otras nociones que toman tangencialmente la relación de inserción social como un claro componente de las asimetrías de poder.

Y la categoría determinación social de la salud, ampliamente trabajada por varios autores, de la MS/SC, da cuenta de los modos de vida inequitativos, así como del desgaste a causa de la inserción al modelo de producción de capital, adicionalmente se constituye en un debate complejo frente a los llamados determinantes sociales de la salud, propuestos por la comisión de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, su uso indiscriminado refunde los fundamentos de la MS/SC y deja una ola de confusión frente a dos abordajes que se mantienen en una constante disputa epistemológica.

Más adelante en la revisión del análisis del discurso será la oportunidad de corroborar como están postuladas en investigaciones estas categorías que dan sentido al conocimiento en salud.

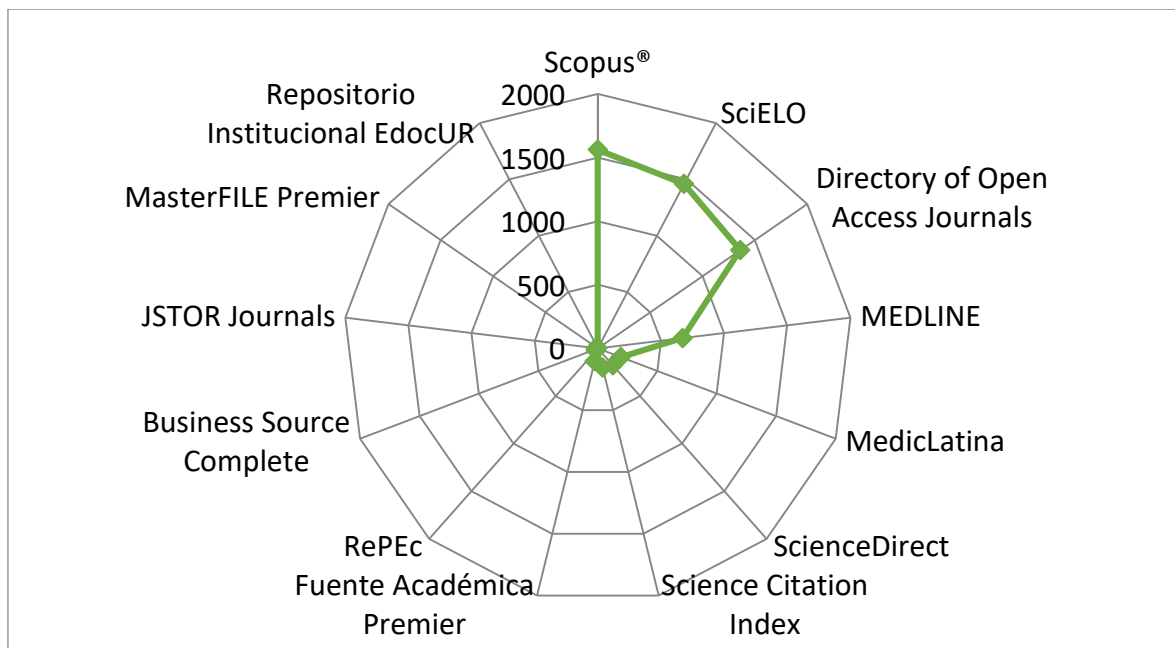
b) Producción de las categorías según base de datos

Las categorías fueron encontradas en las siguientes bases de datos: Business Source Complete, Directory of Open Access Journals, Fuente Académica Premier,

JSTOR Journals, MasterFILE Premier, MedicLatina, MEDLINE, RePEc, Repositorio Institucional EdocUR, SciELO, Science Citation Index, ScienceDirect, Scopus®.

Figura 8.

Bases de datos que incluyen las categorías



Fuente y elaboración propias

La utilización de las categorías se encontró En Scopus® con el 27,2%, de lo publicado; seguido de SciELO el 25,4% y en orden descendente, Directory of Open Access Journals con el 23.7%, MEDLINE con el 11.7%, en las demás bases de Datos su representación fue menor al 4%.

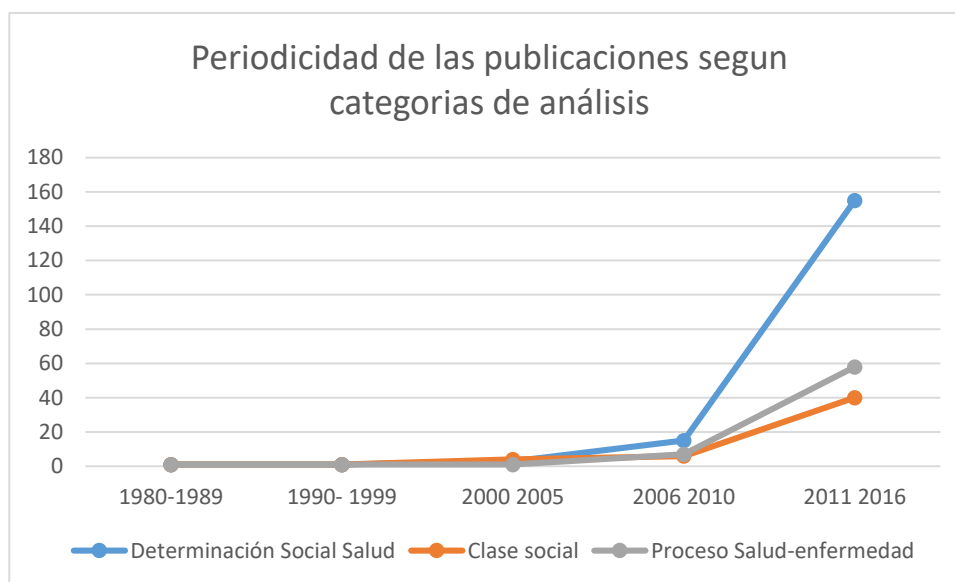
Al igual que en la anterior revisión, la mayor circulación la permite Scopus, por que publica en español y su origen iberoamericano da apertura a los temas de interés documentados por estas categorías en la region, por su parte SciELO, biblioteca chilena funciona con apoyo de BIREME Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, reúne una significativa parte de la publicación de científicos latinoamericanos que posicionan documentos sobre salud. Y el acceso abierto valorado como una oportunidad para publicar de forma económica o para quienes están convencidos de la importancia de circular el conocimiento a la mayor cantidad de públicos posibles.

c) Evolución de la producción científica para las categorías de análisis

La temporalidad de publicación se organizó por quinquenios, en los años 80 la producción es menor en las tres categorías y se presenta un aumento significativo a partir del año 2006, triplicándose para el período 2011 al 2016.

Figura 9

Evolución periódica de las publicaciones



Fuente y elaboración propias

La mayor concentración de publicaciones se encuentra en el quinquenio 2011 a 2016, correspondiente al 60% del total del período, siendo la categoría proceso salud-enfermedad, la de mayor publicación, con un ascenso significativo posterior al año 2010. Como se observará más adelante esta categoría tiene gran acogida entre los investigadores que realizan estudios cualitativos. Le sigue determinación social de la salud con el 32% que asciende posterior al 2006 probablemente por la publicación del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y clase social con el 28%, marcando un uso indistinto con posición o estrato social.

Frente al primer resultado, la búsqueda realizada por periodos de tiempo registra un incremento de la publicación y de su uso categorial, desde el año 2000, una característica de lo que Fleck denominó las protoideas, para señalar categorías o conceptos que se mantienen en el tiempo. El interés por ver su comportamiento en la citación corresponde a precisar una historia de esta corriente de pensamiento, que es evidente y visible en las publicaciones.

d) Ubicación geográfica de la producción científica para las categorías de análisis

La tabla 16 presenta las regiones donde se han registrado la mayor cantidad de publicaciones para el periodo establecido en el estudio.

Tabla 16

Regiones y proporción de publicaciones

Región	Número de publicaciones	%
Latinoamérica y Brasil	1786	92,25
Europa	93	4,8
Norte América	47	2,43
Asia	6	0,31
Oceanía	4	0,21
Total	1936	100

Fuente y elaboración propias

El 92% de las publicaciones se concentró en la región de Latinoamérica y Brasil, seguida de Europa con el 5%, Norte América con Canadá y Estados Unidos con el 2%. Una aproximación a países ubica la mayor producción en Brasil con 1.146 representando el 59% del total de las publicaciones seleccionadas, le sigue en orden descendente Colombia con el 16,7% que corresponde a 324 publicaciones, Cuba con el 7,7% que representan 150 publicaciones. En total se identificaron publicaciones en 22 países en el mundo.

Cada uno de los apartados presentados sobre la publicación y posicionamiento de las categorías de análisis, sitúa como asunto crítico para la difusión del pensamiento de la medicina social /salud colectiva, que sus publicaciones están priorizadas en los ámbitos locales y regionales. Sin demeritar el valor que tiene el fortalecimiento en un círculo científico que ha validado el estilo de pensamiento. Como lo expreso Fleck, es neCésario para la ratificación del pensamiento científico llevarlo a otros colectivos de pensamiento, para su circulación, consumo y lograr de esta forma la expansión y visibilización entre otros científicos y público en general.

Cabe anotar que, dentro del concepto hecho científico, en Fleck, relacionado con la concepción y experiencia en un campo de pensamiento y el modo de percibir, se requiere un nivel de observación sistemático, para decantar su valor en el mundo de la ciencia. En el seguimiento Bibliométrico de las categorías, para los tres casos, se

mantiene la vigencia del pensamiento mediante un registro consecuente y permanente en las revistas. Lo cual se reafirma con el incremento de la publicación en las últimas décadas, de acuerdo con Kuhn una forma de mantener la ciencia normal, en tanto, “significa investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica posterior.” (Kuhn 2004, 32)

En la región el liderazgo en publicaciones es de Brasil, sin embargo, el reto para todos los investigadores y países latinoamericanos es impactar en editoriales como WoS, donde se encuentra el llamado núcleo duro de la circulación y consumo de información en salud en el orden mundial.

Al respecto cabe destacar la publicación realizada por investigadores de la MS/SC, en dos números de la revista Lancet, una de las más consultadas en el mundo de las ciencias de la salud, el primero, el artículo, Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups, en 2001 (Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S.) y el segundo en 2015, The right to health: what model for Latin America? (Nila Heredia, Asa Cristina Laurell, Oscar Feo, José Noronha, Rafael González-Guzmán, Mauricio Torres-Tovar).

El rastreo sobre publicaciones de la historia de la MS/SC permitió ubicar textos en revistas ligadas a facultades y programas académicos, algunos de ellos han dejado de circular. Más recientemente la circulación de pensamiento se ha materializado repositorios en los cuales se consignan los trabajos de pregrado y postgrado, así como artículos síntesis de ellos, de fácil acceso. El rastreo realizado permitió encontrar centros que registran información relacionada con la medicina social y salud colectiva

En

- Universidad de Rosario en Argentina
- Universidad de Lanus, en Buenos Aires
- Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz – Rio de Janeiro - Brasil
- Universidad Nacional de Colombia
- Universidad de Antioquía
- Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
- Universidad de El Salvador
- Universidad Nacional Autónoma de México
- Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco, México)
- Universidad de Guadalajara
- Universidad Nuevo México
- Universidad de Berkeley

En Brasil, la Facultad de Medicina da Universidade de São Paulo, en São Paulo, la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, en Ribeirão Preto, Facultad de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – SP, Escola Paulista de Medicina, da Universidad Federal de São Paulo; Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Instituto de Saúde Coletiva da Universidad Federal da Bahia; Universidad Estadual de Pelotas.

Estas iniciativas brindan apertura a portales de revistas académicas y las universidades optan por actuar como sus propias editoriales, ejemplo de ello, los portales de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de San Pablo y la Universidad de Chile alojan a más de 100 revistas académicas en el Open Journal Sistem (P. Alperin 2014, 59).

Otra fuente con información sobre medicina social y salud colectiva es “la Referencia”, espacio digital que incluye una red de repositorios de acceso abierto conformada por: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Perú.

Las métricas de la bibliometría señalan que mientras el idioma inglés, lidera la publicación internacional, la MS/SC, pública mayoritariamente en español y en portugués, lo que significa menor visibilidad de los autores. El desafío para la MS/SC, es mantener el equilibrio entre publicar en el ámbito internacional sin dejar vacíos de contenido en revistas locales o regionales, que permitan mantener la vigencia del pensamiento en Latinoamérica.

A continuación se presentarán los dos tipos de resultados para cada categoría

2.1.Clase social en salud

En la exploración bibliométrica fueron seleccionados 255 artículos que reunían los criterios, posterior al garantizar acceso al documento y a la revisión de los resúmenes, el filtro logrado fue de 52 artículos. Una primera aproximación a la métrica bibliométrica, en la tabla 17, se destaca las editoriales que han concentrado publicaciones de la categoría clase social:

Tabla 17
Publicación categoría clase social

Buscadores	# de publicaciones	%
Scopus®	152	59,6
Web of Cience	23	9,0
Science Citation Index	20	7,8
RePEc	13	5,1
JSTOR Journals	11	4,3
Business Source Complete	8	3,1
SciELO	8	3,1
MasterFILE Premier	7	2,7
Directory of Open Access Journals	5	2,0
MedicLatina	2	0,8
MEDLINE	2	0,8
EconLit with Full Text	2	0,8
ERIC	1	0,4
Research Starters	1	0,4
Total	255	100

Fuente: Buscador Integrado CRAI. Universidad El Rosario (2016)

Elaboración propia

Como se observa en la tabla 17, el 60% de publicaciones con el uso de los términos clase social, se identificaron en la base Scopus®, seguido de Web of Science con el 9% y Siencie Citation Index con el 7,8%.

Al indagar con mayor precisión en Scopus® se encontraron 62 artículos publicados en 41 revistas científicas con un total de 159 autores. Las revistas con hasta dos publicaciones son: Social Science And Medicine con 10 artículos representando el 16% de total delas publicaciones, American Journal Of Public Health con 3 artículos representa el 5% de total de las publicaciones, American Journal Of Surgery, Canadian Journal Of Public Health, International Journal Of Health Services, Journal Of Epidemiology And Community Health, Revista Panamericana De Salud Pública,

Scandinavian Journal Of Public Health, Sociology Of Health And Illness con 2 publicaciones cada una representación de 3,22% de total de las publicaciones.

En la base de datos de Web of Science con la formula booleana [Social class AND health] se identificaron 22 artículos distribuidos en 16 revistas científicas y 25 autores. Las revistas que cuentan con más de dos publicaciones en Web of Science son: Social Science Medicine, American Journal of Public Health, Pan American Journal Of Public Health, Scandinavian Journal of Public Health y Sociology Of Health Illness.

a) Publicaciones por autor

En la siguiente tabla se observa la clasificación según las dos fuentes de búsqueda, Scopus y WoS, Carmen Borrell, es la autora con mayor publicación de artículos científicos sobre la categoría Clase social y Salud con 4 publicaciones, seguida de José Benach y Hink, Muntaner (Tabla 18).

Tabla 18
Autores en Scopus y WOS- Clase social

SCOPUS		Web of sciencie- wos	
Autores	# de publicaciones	Autor	# de publicaciones
Borrell, C.	4	Borrell C	4
Benach, J.	3	Benach J	3
Hunt, K.	3	Muntaner C	3
Muntaner, C.	3	Laaksonen M	2
Barn, R.	2	Martikainen P	2
Cairney, J.	2	Nazroo Jy	2
Laaksonen, M.	2	Rocha Kb	2
Lahelma, E.	2	Vallebuona C	2

Fuente: Base datos especializada Scopus y WoS (2016)

Elaboración propia

Las publicaciones en las bases de datos de revistas de alto impacto, destacan la producción de autores europeos, en particular el grupo de Barcelona, que guarda una identidad con la epidemiología social. Este equipo ha planteado en sus escritos

disertaciones conceptuales que contribuyen a la comprensión de la diferencia entre los enfoques clase y estratificación social, tal como se desarrollará más adelante.

Tabla 19

Publicación categoría clase social según países

Países	Clase Social	%
Gran Bretaña	103	40,4
Suecia	43	16,9
Estados Unidos	29	11,4
México	15	5,9
España	14	5,5
Grecia	10	3,9
Brasil	9	3,5
Australia	5	2,0
Corea del Sur	5	2,0
Costa Rica	5	2,0
Dinamarca	5	2,0
Panamá	5	2,0
Colombia	3	1,2
Chile	2	0,8
Guatemala	2	0,8
Total	255	100

Fuente y elaboración propias

El país con mayor publicación es Gran Bretaña con el 40,4%, seguido de Suecia con el 16,9% y Estados Unidos con el 11,4%. En América Latina, se destaca la publicación de México, 5,9%, Brasil 3,5%, Costa Rica, Panamá con el 2%, Colombia, 1,2% Chile y Guatemala con el 0,8%

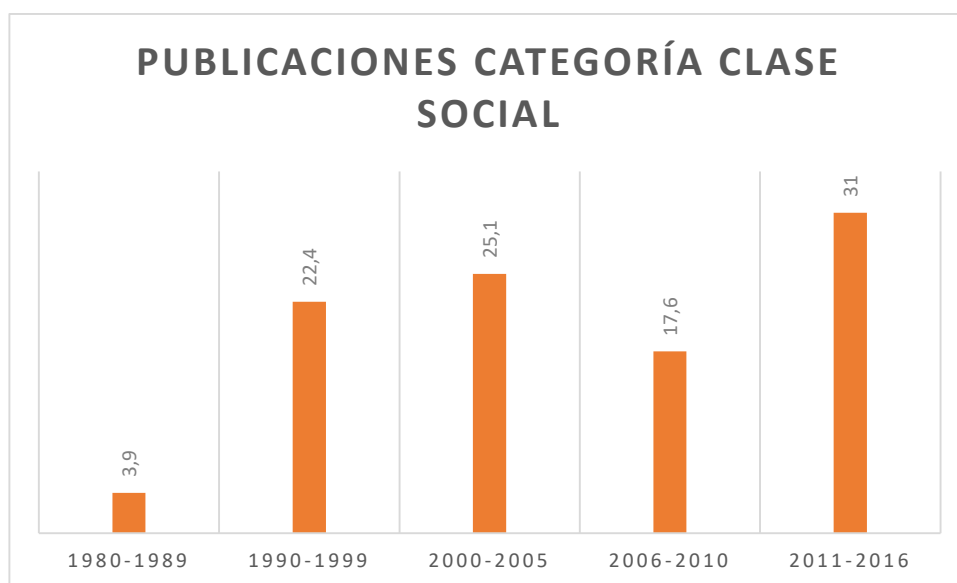
La publicación europea presenta en la mayoría de artículos reseñados una visión de posición social y los documentos están ligados con el concepto de determinantes sociales de la salud.

Periodos de la publicación

La figura 10, corresponde al seguimiento que se realizó a la periodicidad en la publicación de la categoría clase social, organizada por quinquenios.

Figura 10

Períodos de publicación categoría clase social



Fuente y elaboración propias

El periodo de mayor producción en la publicación científica de la categoría clase social y salud, corresponde al quinquenio 2011 a 2016 con el 31% del total de la muestra, seguido del período 2000- 2015 y 1990 - 1999, el período de menor producción es la década del 80, situación que puede ser consecuente con que aún no existía un auge tan marcado en la publicación como en períodos recientes y por otro lado puede ser que no se han dispuesto on line.

Mario Hernández en la entrevista realizada para este estudio, recuerda los aportes argentinos, la importancia de esta categoría tempranamente para la medicina social, “Ahí necesitamos fuertemente a los argentinos que trabajaron esto en los 80’. Mario Bronfman, ellos escribieron un par de cosas claves en esa época con el tema *Clase Social y Salud*. Entonces ya no es solamente el mundo de la fábrica sino la categoría Clase Social lo que importa como estructurante”. (Hernández 2014, entrevista personal)

Cabe señalar cómo el concepto clase social fue abordado inicialmente en la década del 50, por varias disciplinas, básicamente, para relacionar propiedad y poder.

Posteriormente cambia por estratificación social y en la década de los setenta, esta distinción incluye dos vertientes. Para Max Weber, las relaciones sociales en una comunidad aparecen estructuradas a partir de una distribución desigual del poder, vale decir, de las probabilidades de un individuo o un grupo social para imponer su voluntad particular sobre otros, lo cual se liga con la existencia de tres variados tipos de recursos que confieren, a su vez, diversas expresiones de poder: los bienes y servicios presentes en el ámbito del mercado (poder de disposición); el honor social o prestigio (poder social); y el poder político. Es por esto que se ha enfatizado, comúnmente, que mientras el análisis de Marx sobre las clases se vincula con la existencia de relaciones de explotación, en Weber se trata más bien de relaciones de dominación, de distribuciones desiguales del poder, todo lo cual daría origen a un esquema multidimensional de la estratificación, en el sentido que existen diversos mecanismos que diferencian y ordenan a los grupos sociales. (CEPAL2006, 27)

Por su parte, el análisis de Karl Marx considera el proceso de trabajo, como la transformación material del entorno mediante una acción (social) con una finalidad particular y se organiza en torno a los siguientes componentes: a) una actividad creadora de valor y adecuada de acuerdo a una finalidad; b) un objeto sobre el cual la primera actúa y se materializa; y c) los medios de trabajo que se emplean para el cumplimiento del proceso. Al primer factor, entonces, se le puede identificar como trabajo productivo, mientras que el objeto y los medios de trabajo corresponderían a los denominados medios de producción. (CEPAL 2010, 31).

Es preciso destacar que en los espacios laborales, la clase social se encuentra en relación con la función e interacción en el proceso económico y conforma la estructura de clases con intereses y papeles distintos. A diferencia del estructural funcionalismo que se otorga por tener ciertos atributos como ingresos, poder o prestigio. Las posiciones marxistas destacan además el papel de las clases sociales como actores claves del cambio social a través de las confrontaciones entre ellas. (Fresneda 2016,89)

Para este período (60-70) el álgido contexto social y el ideal por mantener la dignidad expresada desde el acuerdo social de los derechos humanos, condujo al predominio de la segunda tendencia, como bandera de los movimientos sociales. En salud son los académicos y activistas ligados a movimientos populares quienes incorporan esta visión, sustentados en autores como Giddens y su visión sobre

proletariado y las relaciones de producción y reproducción social. (Giddens y Boix 1994, 89).

En las décadas de los ochenta y noventa, se surtieron cambios sociales fundamentales como la caída del muro de Berlín, la perestroika y por consiguiente una marcada tensión entre capitalismo y la crisis del socialismo, este contexto influyó para dar curso a la visión neweberiana, al considerar clase social, como un tema extinto de las teorías marxistas y trabajarlo desde las escalas de acceso entre grupos diferenciados.

En el nuevo milenio y hasta la actualidad, son consideradas por lo menos dos perspectivas: la de corte funcionalista, que prioriza la ocupación o los ingresos para determinar jerarquía a cambio del concepto de trabajo y el enfoque neomarxista, Writht en relación con la propiedad y la inserción en la producción, (Muntaner, Rocha, y otros 2012, 166)

En el marco del enfoque funcionalista la estratificación social es considerada como “la ordenación (ranking) diferencial de los individuos que componen un sistema social dado y el orden de superioridad o inferioridad sobre ciertos aspectos socialmente importantes”, esta clasificación es asimilada como escalas. (CEPAL 2010, 31).

Como es evidente el tipo de fundamentaciones que orientan los estudios, han cambiado en cada período de tiempo, motivados por los contextos sociales y políticos. A continuación, se presentan los resultados de la revisión y análisis de contenido de 52 artículos, que muestran la tendencia predominante, para esta categoría.

Tabla 20

Enfoque predominante en las publicaciones sobre clase social en salud

TAXONOMIA	ENFOQUE	# de artículos	Neo weberiana	Neo marxista
Objetivista. Empírico funcionalista	Aporte Epidemiológico	46	45	1
Praxiológico	Histórico- Dialéctico	2	0	2
Subjetivo culturalista	Fenomenológico	2	2	
	Antropología- Etnográficos	1	2	
Revisión documental	Conceptual	1	NA	NA
	Total	52	49	3

Fuente y elaboración propias

Como se observa en la tabla 20, de 52 estudios reseñados, (46) fueron ubicados en el enfoque objetivo empírico y funcionalista (2) Histórico dialectico; (2) Fenomenológico, (1) conceptual. El enfoque que predomina en los textos (49) se sustenta en la versión Neo Weberiana, en tanto (3) se encuentran dentro de la visión neomarxista.

La mayor cantidad de documentos se fundamentan en el positivismo y las leyes de la causalidad, en la voz de Breilh “reduce la realidad a lo empíricamente observable, lo colectivo está compuesto por una sumatoria de lo individual la validez se construye desde las inferencias” (Breilh 1999. 57). También los estudios privilegian metodológicamente diseños clásicos del método deductivo, como estudios transversales, estudios de caso, de cohorte y regresivos para explicar las causas de las desigualdades socioeconómicas y su impacto en la morbilidad, la mortalidad, la salud y la calidad de vida de las poblaciones estudiadas.

Como fuentes de información se apoyan en clasificaciones de orden administrativo, que determinan ingreso y riqueza material, nivel educativo y clasificación de ocupaciones, datos obtenidos de fuentes tales como: encuestas nacionales de demografía y salud, de alimentación y nutrición, análisis multinivel de calidad de vida, ocupación, empleo y escolaridad del jefe de familia. (Wright 2002, 833).

Este abordaje en el análisis contiene dos dificultades: la primera que prima un orden subjetivo, el cual establece juicios de valor y opiniones de los individuos sobre la percepción que tienen de la distribución de las variables escogidas y otra de tipo evaluativo para dimensionar la distribución real de variables tales como ingresos, ocupación, educación, tipo y lugar de la vivienda pues centra los análisis básicamente en la diferenciación otorgada por índices de nivel socioeconómico, asumiendo que estos son los que determinan sus oportunidades dentro de la estructura social.

En este sentido, desde la visión funcionalista, la estratificación social es un mecanismo esencial para la estabilidad e integración de las sociedades porque posibilita que las relaciones sociales se ordenen en referencia a valoraciones compartidas que a su vez se expresan normativamente en las entidades de gobierno y privadas. Los sistemas de estratificación corresponden fundamentalmente a escalas entendidas como: “una categoría de personas que ocupan una posición similar que jerarquiza aspectos relacionados con el ingreso, el prestigio o el estilo de vida”. (CEPAL 2006, 39)

Como lo explica Montaner: “[Los conocimientos generados por los estudios que utilizan estas medidas]... [En su gran mayoría, no cuestionan ni muestran las relaciones subyacentes causantes de desigualdades socioeconómicas] (Muntaner 2012, 166).

Seis de los documentos reseñados no utilizan los conceptos de estratificación o clase social, se instalan en la categoría posición social en salud, definida como “el ‘lugar’ o estrato de una persona dentro de la sociedad en la que vive, deriva de un contexto social concreto o están generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de la posición social varían entre sociedades con distintas estructuras industriales o económicas” (Evans, Whitehead y Diderichsen 2001, 14).

Para el caso de salud, la epidemiología social emplea el término posición social para representar el lugar que ocupa como variable independiente, bajo la hipótesis de que las desigualdades en la calidad de vida y en la salud están determinadas por la ubicación de las personas y grupos dentro de la sociedad. La posición social tiende a equipararse con nivel socioeconómico, para algunos autores este enfoque resulta cercano a la visión neoweberiana y desde el punto de vista del análisis de salud se reduce al análisis de las causas de las causas.

Carmen Borrell, la autora con mayor publicación en los últimos años, en la categoría clase social y salud, junto con el equipo investigador en Barcelona, se aproximan a la epidemiología social para explicar las desigualdades socioeconómicas. En uno de los estudios reseñados, como variante metodológica utiliza la jefatura de hogar femenina, como aproximación a la visión de discriminación por género expresión que aumenta la desigualdad (Borell 2004, 345).

La epidemiología social busca explicar las consecuencias de las desigualdades socioeconómicas en la salud de los individuos, con mediciones de escalas para la estratificación social, concibiendo las desigualdades socioeconómicas como gradientes. (Muntaner 2012, 166)

El mismo grupo de autores, presenta en uno de los estudios reseñados un artículo sobre Clase social y salud en América Latina, como contribución al análisis de los determinantes sociales, desde el empleo. Posterior a una revisión en BIREME y Scielo, de 28 artículos, 24 de ellos de produjeron en Brasil 2, en Venezuela y 2 en Argentina, el enfoque sobre clase social Neomarxista se evidenció en 21 de los artículos y 7 fueron neoweberianos, en relación con el momento de la publicación los primeros corresponden a la década de los 80 y 90, en tanto que los neoweberianos se publican después del 2000. (Muntaner 2012, 166)

La clase social entendida en un sentido relacional, es una valiosa alternativa frente a la estratificación social, al poner el centro en las relaciones de propiedad y control sobre los recursos productivos como principal determinante de las desigualdades sociales y de salud.

En contraste con los análisis que utilizan indicadores de estratificación -como nivel de estudios, ingresos u ocupación- cuyo foco se centra en atributivos individuales, renunciando a la observación de procesos sociales como mecanismo de producción y reproducción de las desigualdades, como sería el caso de lo que busca la MS/SC.

Por su parte, el Modelo praxiológico participativo explicado como aquel en que el investigador dinamiza una relación sujeto-objeto e inserta la praxis como base para dicha relación, es decir que se corresponde, según el autor de la taxonomía con la perspectiva de la MS/SC. (Breilh 1999,231).

En la reseña se ubicaron dos estudios, dentro de esta taxonomía, el primero publicado por Bárbara H. Starfield, quien documenta los resultados de una investigación con carácter histórico publicado en 1982, en la que se establece la relación entre pobreza y salud, el concepto de clase social, se toma desde la perspectiva neomarxista, para evidenciar la relación entre pobreza por factores económicos relacionales con el deterioro de la salud en una población de adultos con enfermedades crónicas, en Estados Unidos, con quienes se profundizan procesos para promover participación comunitaria. El estudio señala la importancia de vincular la clase social y género como las mayores desigualdades frente a la enfermedad crónica declarada. Las mujeres presentaron una proporción más alta de mal estado de salud para todas las clases sociales.

El segundo artículo reseñado producido en Panamá, corresponde a una revisión sistemática de literatura de 89 fuentes (59 artículos internacionales, 8 artículos de América Latina y 22 libros o manuscritos) en la que se reconocen los aportes de la Asociación latinoamericana de medicina social, (ALAMES) para alimentar procesos que promueven la participación y la acción social, con un abordaje conceptual de perspectiva marxista (Cabieses, y Zitko 2011, 23)

En la clasificación de Modelo subjetivo- culturalista cuyo eje es la acción localizada, entendiendo lo cultural como lo tradicional, cobra sentido la noción de relativismo cultural que desde su marco metodológico acepta la marginalidad, y restringe su mirada estructural a cambio de asuntos como lo local o lo individual. (Breilh)

Tres estudios procedentes de Brasil, enfatizaron en este enfoque estableciendo una relación entre la cultura como mediadora en la relación de género y clase social. Uno de ellos trabaja desde la visión de Determinantes Sociales de SALUD, Michael Marmot y ambos de corte fenomenológico y etnográfico, las técnicas empleadas son observación participante y entrevistas.

Los análisis describen situaciones que agudizan el deterioro de las personas los principales argumentos son las desigualdades sociales, las inequidades, y una aproximación a la situación socioeconómica, de las poblaciones, sin embargo, no hay una caracterización de su condición de clase social.

De manera amplia, el análisis de contenido obtenido por la reseña de los artículos y su clasificación, señala:

La medicina social postuló inicialmente la categoría clase social como una forma de aproximarse desde la reproducción social a las desigualdades sociales, en el modelo capitalista y las formas de dominación, estos diferenciales facilitan el análisis de los resultados en salud y enfermedad, en un momento histórico, como también es posible conocer el impacto en la salud por las transformaciones económicas en los grupos sociales (A. Laurell 1986, 5), estos estudios fueron referenciados a comienzos del 70 y en 80. De la revisión solamente dos estudios mantienen estas características publicados en 1986 y 2011.

El 80 % de los estudios reseñados destacan la visión de gradientes sociales para evidenciar las desigualdades entre grupos en razones de las diferencias económicas y posición social a partir de variables como: estrato socioeconómico, nivel educativo, ingresos económicos y su asociación con estado nutricional en niños, salud materna perinatal, estilos de vida y comportamiento en jóvenes, y poblaciones adultas con enfermedades crónicas. Los análisis de estas asociaciones y de sus resultados en las desigualdades mantienen una visión lineal de la estructura social, al concebirla como capas o estratos.

En relación con la modalidad de artículos sobre revisión documental que utilizan la clase social para llegar a interpretar las desigualdades sociales, y comparar el comportamiento entre países y con la región, concuerdan con estudios que se fundamentan en registros de ingresos, educación, encuestas de percepción sobre salud, calidad de vida y nutrición entre otros, para obtener gradientes.

Los Estudios de caso para la aproximación a culturas y comunidades, con posición social, se basan en estudios cualitativos abordados desde la fenomenología o la etnografía.

Los Estudios de prevalencia prefieren poblaciones específicas con discrecionalidad de género y clase social para determinar la desigualdad por gradientes.

La mayor concentración de publicaciones corresponde a los últimos 10 años, lo cual se relaciona con una tendencia a la visión neoweberiana, que en salud ha sido fomentada desde la epidemiología social y los determinantes sociales de la salud, con la noción de posición social. De la mano con lo anterior, es clara la intervención de la CEPAL en la región en la década de los 80, impulsando una reducción del modelo productivo para avanzar a la desindustrialización, su impacto en toda la región condujo al cambio de la estructura capital trabajo, afectando el contenido y sentido de la clase social en el modelo productivo y constructo de la economía política. En la actualidad el capitalismo financiero, tiende a que haya menor participación de la clase obrera, la flexibilización laboral y los ajustes en el mundo del trabajo han llevado a declarar su inmaterialidad.

Para la medicina social y la salud Colectiva la utilización de la categoría durante el periodo 1980-2016, señala una tendencia inicial fuertemente documentada por sus autores, caracterizada por una visión marxista ligada a los procesos de producción y reproducción social, no obstante, a causa de los cambios estructurales socio políticos del mundo y de la región, se ha debilitado la fuerza analítica de la categoría, dando curso a un análisis de las desigualdades desde gradientes o capas sociales, que propone alternativas de superación de tipo individual, pues desde esta postura las desigualdades son producto de las diferencias entre personas por las variaciones del ingreso y las respuestas estatales se generan desde la focalización, con medidas corto plazistas, que perpetúan un Estado reducido, débil y un fortalecimiento del modelo económico capitalista.

Es un desafío posicionar nuevamente la visión crítica estructural de esta categoría en la MS/SC, para superar este punto de quiebre y aproximarse a los abordajes que desde corrientes de las ciencias sociales buscan captar factores explicativos de las diferencias al interior de las sociedades, que dan bases para entender su constitución y funcionamiento y explicar el comportamiento diferencial de los agentes colectivos a su interior. (Fresneda 2016).

La MS/SC requiere superar la clase teórica o de papel señalada por Bourdieu, para las clases no movilizadas, un análisis sobre situaciones objetivas que son un apoyo probable para el surgimiento de clases sociales como actores colectivos, y un análisis de los resultados de la misma situación de desmovilización. En términos de Bourdieu, afectar el habitus que naturaliza prácticas, construidas y admitidas desde las perspectivas con poder, como desde aquellas que están oprimidas por éste.

Las diferentes clases y fracciones de clase están comprometidas en una lucha propiamente simbólica para imponer la definición en los conflictos simbólicos de la vida cotidiana, utilizando el poder de imponer instrumentos de conocimiento y de expresión (taxonomías) de la realidad social. (Bourdieu 2000, 69)

Para Breilh justamente estas relaciones de poder, y no simplemente las diferencias éticas o técnicas, son las que permiten explicar una historia de disensos científicos (Breilh 2010, 98). Es decir, en cada fase o a cada modelo hegemónico se le antepusieron históricamente interpretaciones contra hegemónicas, no positivistas y enmarcadas en un horizonte crítico (Breilh, 2010; Testa, 1988).

Por tanto, este desafío de la MS/SC corresponde a lo que en Fleck denomina como la necesidad de circular las protoideas, para el caso, mantener la vigencia de las categorías, difundir y hacer propias entre el grupo de intelectuales el sentido, contenido y vigencia de las mismas.

Lo que resulta de la revisión de la categoría, es que los investigadores y en general quienes buscan aproximarse a entender la relación entre clase social y salud, requieren romper el precepto que es obsoleto revisar la clase social por el incremento del sector terciario, establecer las diferencias entre cada concepción y promover estudios que muestren la relevancia de mantener la visión de clase social estructural, en medio de los regímenes de acumulación, los cambios en las tecnologías y en las estructuras productivas y el empleo.

En la limitación de los indicadores y ante los cambios sucedidos en el mundo del trabajo es posible profundizar en las metodologías que permitan acceder a los diferentes grupos de clase social, que hoy diversifican el sentido del proletariado formal en el mundo del empleo y la gran informalidad de trabajadores por cuenta propia o en unidades familiares y su impacto en la salud y en la enfermedad.

Reiterar que este concepto bien empleado ilustra, cómo una parte importante de las expresiones de la desigualdad en distintas dimensiones de las condiciones de vida y

en la probabilidad de obtener una participación en los recursos y beneficios de la sociedad se encuentran vinculadas con las posiciones de clases sociales en las que se ubican los trabajadores y sus familias. (Fresneda 2016,124)

Otro desafío para la MS/SC lo constituyen el reconocimiento y reconstrucción de los cambios en medio del modelo acumulación productiva vigente, las relaciones laborales en sus expresiones rurales y urbanas, en el contexto regional y las estrategias para la acción social.

2.2. Proceso salud-enfermedad

La categoría proceso salud enfermedad es la segunda sometida al análisis bibliométrico y de contenido, siguiendo los parámetros de publicaciones en el periodo 1980-2016 en Scopus y Web of Science, destacando autores con mayor publicación, país, y enfoque de cada texto según la taxonomía de Breilh.

En la base de datos de Scopus utilizando la formula booleana [Dealth-Disease Process] se identificaron 372 artículos publicados en 107 revistas, con un total de 156 autores. Se presenta a continuación una tabla resumen con las fuentes que han publicado hasta 2 artículos científicos citando la categoría.

Tabla 21

Publicaciones de la categoría proceso salud-enfermedad

Fuente	# de publicaciones
Revista Da Escola De Enfermagem	35
Ciencia e Saude Coletiva	30
Revista Latino-Americana de Enfermagem	24
Saude e Sociedade	19
Revista da Escola de Enfermagem da U S P	16
Revista de Saude Publica	14
Revista brasileira de enfermagem	14
Revista Enfermagem	11
Interface Communication Health Education	11
Physis: Revista de Saude Coletiva	10
Cadernos de Saude Publica	10
Texto e Contexto Enfermagem	8
Revista Cubana de Medicina General Integral	8

Index de Enfermeria	7
Salud Colectiva	6
Revista de la Facultad de Medicina	5
Revista Cubana de Salud Publica	5
Revista Cubana de Educacion Medica Superior	5
Revista gaucha de enfermagem / EENFUFGRS	4
Investigacion y Educacion en Enfermeria	4
Educación Medica Y Salud	4
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Jornal of Public Health	3
Revista de Nutricao	3
Psicologia e Sociedade	3
Prensa Medica Argentina	3
Online Brazilian Journal of Nursing	3
Estudos de Psicologia	3
Ciencia y Enfermería	3
Cadernos De Saude Publica	3
ACTA Paulista de Enfermagem	3
Work	2
Salud Uninorte	2
Revista Gerencia y Políticas de Salud	2
Revista Cubana de Pediatría	2
Revista Cubana de Medicina Militar	2
Revista Cubana de Estomatología	2
Revista Brasileira de Saude Materno Infantil	2
Psicologia: Teoria e Pesquisa	2
Psicologia em Estudo	2
Nutrients	2
Enfermería Global	2
Cultura de los Cuidados	2
Total	372

Fuente y elaboración propias

Las revistas con mayor citación de la categoría denominada proceso salud enfermedad son: Revista Da Escola De Enfermagem con 35 publicaciones seguida de Ciencia e Saude Coletiva con 30; Revista Latino-Americana de Enfermagem con 24; Saúde e Sociedade 19, Revista da Escola de Enfermagem da U S P con 16 y Revista de

Saúde Publica Revista Da Escola De Enfermagem cada con 14 artículos publicados en el período de estudio.

En la base de datos de Web of Science con la formula booleana de búsqueda información [Health-Disease Process] se identificaron 122 artículos publicados en 33 revistas científicas con un total de 362 autores.

Al comparar la publicación de la categoría proceso-salud enfermedad, en las bases de Scopus y Web of Science, la primera registra el mayor número de artículos con un total de 372 publicaciones, mientras que en Web Of Science se identificaron 122 artículos, es decir, en Scopus se encuentran 3 veces más publicaciones que referencian el término salud- enfermedad.

b) Publicaciones por autores

En la citación de artículos con los términos proceso- salud enfermedad se reseñaron 156 autores, para el período de estudio. María Rita Bertolozzi, investigadora de la Universidad de Sao Pablo, es la autora con mayor número de artículos publicados, 13 en Scopus y 11 en WoS.

Tabla 22

Autores que publican en bases de datos Scopus y WoS

Scopus		Web of Side	
utor	# de publicaciones	Autores	# de publicaciones
Bertolozzi, M.R.	13	Bertolozzi Mr	11
Egry, E.Y.	12	Egry Ey	7
Chaves, M.M.N.	6	Hino P	4
Takahashi, R.F.	5	Takahashi Rf	4
Campos, C.M.S.	4	Chaves Mmn	3
Hino, P.	4	Rigotto Rm	3
Marcon, S.S.	4	Rossi La	3

Fuente: Base datos especializada Scopus: accesada en junio de 2016

Elaboración propia

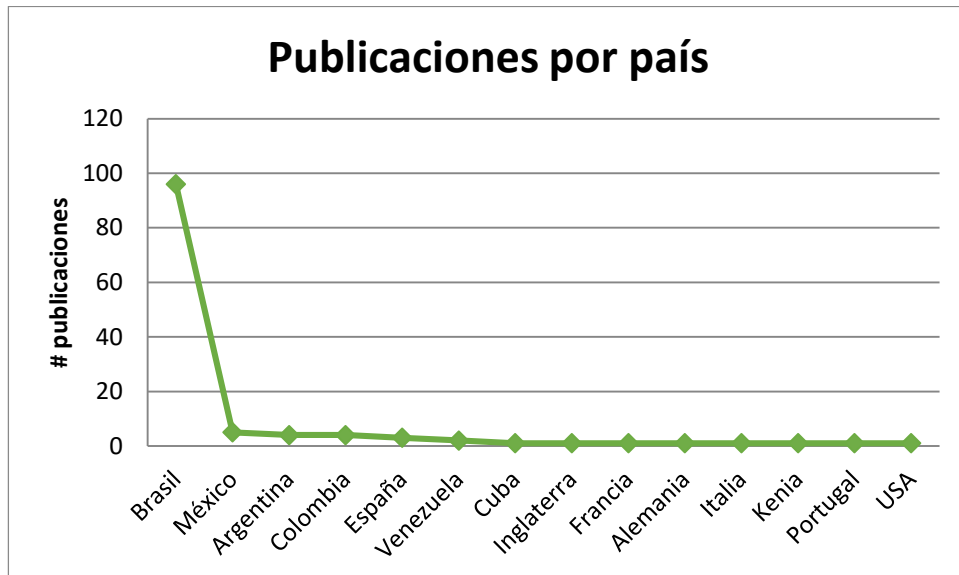
Otras autoras destacadas son Egry Yoshikawa con 12 y 7 artículos respectivamente para Scopus y WoS Seguida de Takahashi Renata Ferreira con 5 y 4 publicaciones respectivamente, las autoras tienen en común ser investigadoras que documentan sus artículos desde Brasil y varias de las publicaciones provienen de grupos de investigación de programas de enfermería.

c) Publicación por países

La revisión bibliométrica en Scopus y WoS, señaló para los términos proceso salud- enfermedad, el siguiente comportamiento de publicaciones por país.

Figura 11

Publicación por países



Fuente y elaboración propias

Por lugar de publicación, Brasil es el país que presenta el mayor número de artículos con el 78% en el periodo de estudio, seguido de México, 4% Argentina, Colombia, España y Venezuela con el 3,3%. En menor proporción países de Europa y Usa, como se observa la mayoría de publicaciones las ha dispuesto Scopus con la producción de América Latina.

A continuación, la figura 12 señala la periodicidad de publicación de esta categoría.

Figura 12

Publicaciones en el período de estudio proceso- salud enfermedad

Fuente y elaboración propias

La publicación de artículos científicos tuvo un comportamiento similar entre 1980 y el año 2005 inferior a 10 publicaciones por año. En el 2012, presentó un aumento significativo con 40 artículos y en el 2014 37 artículos. Se toma como referencia la base Scopus, porque WoS, solo registra información desde 2001.

Para la Medicina Social, el espacio académico fue y se mantiene como un nicho para la generación de categorías y ampliación de pensamiento. Como se describió en los orígenes de la Medicina Social latinoamericana, la creación en 1975, en la Universidad Autónoma Metropolitana UAM, Unidad Xochimilco de México, del programa de maestría en medicina social, en cooperación con la OPS es una de las experiencias más significativas, para este propósito; al respecto, Laurell explica que fue fundamental la creación de un marco teórico que partiera de la proposición en la que se considera que:

el proceso salud enfermedad, el ejercicio de la medicina y la ciencia médica son partes dinámicas de determinada sociedad y en ella encuentran su explicación. Por lo tanto, es necesario estudiar los fenómenos mencionados con metodología y técnicas sociológicas (Duarte 1991, 78).

Otra forma de posicionar la importancia de esta categoría como lo señala Duarte (1991, 74) tiene que ver con la relación salud, enfermedad y sociedad, trabajos como el de Cordeiro & colaboradores (Nexos 1978), critican las investigaciones que han analizado los procesos de salud enfermedad, desde una perspectiva funcionalista.

Con el fin de reformular los modelos teóricos que permiten la comprensión del proceso salud-enfermedad, desde el materialismo histórico; Asa Cristina Laurell, a finales de los 70, cuestiona el paradigma dominante, que considera la enfermedad como un proceso biológico e individual; y propone varias interpretaciones para entender la relación de la salud con la enfermedad como un proceso social: de un lado, entendiendo que los procesos sociales generan una serie de riesgos que se expresan en un perfil de mortalidad concreto, y por otro lado, asumiendo que el proceso salud-enfermedad no solo está socialmente determinado, sino que es de carácter social en sí mismo. En la misma línea Juan César García, publica sus reflexiones acerca de la enfermedad de la pereza y el desarrollo histórico del concepto de fatiga, en ambos casos los resultados indican una relación directa con las condiciones sociales. (Duarte 1991, 83).

La importancia de esta categoría en la MS/SC es notoria, según los antecedentes sobre la producción teórica, de acuerdo con Duarte evidencia un desplazamiento de la subcategoría medicina tradicional ampliamente trabajada en las ciencias sociales durante la década de los 60, hacia los Servicios de Salud y Proceso Salud-Enfermedad en la década del 70, y en el 80-85 (Duarte 1991, 69).

En resumen, de 1950-1985, en un total de 2.749 citas bibliográficas, los servicios de salud, ocupan el primer lugar con 36.3% de la producción científica; el proceso de Salud-Enfermedad viene en segundo lugar con 32.2%, la Medicina Tradicional, presenta un saldo de 18.4% y la Formación de Recursos Humanos para la Salud, 13.% (Duarte 1991, 63).

Complementaria a la visión sobre la importancia de esta categoría para la MS/SC, para Mario Hernández:

“un proceso que se centró mucho en cómo definir el objeto fue el campo de salud, pues salud-enfermedad, entonces ahí empieza a hablarse muy tempranamente de proceso salud-enfermedad-atención, tal, que además requiere una especificidad y una claridad respecto de lo humano y cómo lo humano es societal y cómo lo humano es un proceso social en sí mismo, muy tempranamente. Ahí también está Alberto Vasco, que tuvo un lugar muy importante en la discusión con lo de cómo entender lo social y cómo concepto salud-enfermedad debía ser entonces más profundo en el sentido de mostrar cómo era esa dialéctica que ocurría ahí, entonces él también empieza a producir artículos sobre eso” “para Cristina el escenario natural era la fábrica. Ahí ella iba construyendo la categoría de desgaste, como decía Cristina desde el principio “salud, enfermedad, atención... el orden humano es un fenómeno social” nada qué hacer, siempre se produce y se reproduce eso en sociedad, luego debe tener una perspectiva social y una teoría social que lo explique. Pero Jaime se mete en el debate sobre causalidad del proceso salud-enfermedad y entonces claramente se diferencia desde el comienzo” (Hernández,2016, entrevista personal).

Al respecto, han coexistido diferentes formas de ver la salud-enfermedad. A finales del siglo XIX, con la emergencia de las ciencias sociales y en el marco de las luchas de los trabajadores en Europa, por el cumplimiento de las promesas de la modernidad (igualdad, fraternidad, libertad) se organizó un movimiento que consideró, el origen de enfermedades vinculadas con el proceso industrial y sus efectos sobre la vida de los trabajadores y la población, dando lugar a la suma de elementos sociales como parte sustantiva de la producción del proceso salud /enfermedad, vinculando entonces, las condiciones de vida a la explicación de la salud –enfermedad (Sigerits 1946, 78).

Para el segundo resultado del análisis de contenido de esta categoría, en la tabla 23 aparece la clasificación de los 50 artículos reseñados como proceso salud enfermedad, se inscriben en el enfoque funcionalista 6; artículos, en el praxiológico (de corte histórico-Dialéctico) 4; 13 fenomenológico; en el subjetivo culturalista 21, y 6 corresponden a revisiones documentales.

Tabla 23

Enfoques publicaciones sobre proceso salud-enfermedad

TAXONOMIA	ENFOQUE	# de artículos
Objetivista. Empírico funcionalista	Aporte Epidemiológico	6
Praxiológico	Histórico- Dialéctico	2
Subjetivo culturalista	Fenomenológico	15
	Antropología- Etnográficos	21
Revisión documental	Conceptual	6
	Total	50

Fuente y elaboración propias

A continuación una descripción de contenido de los artículos reseñados, bajo el enfoque funcionalista, los 6 seis estudios son 4 descriptivos o 2 de cohorte, con el propósito de generar procedimientos de atención principalmente en la enfermería, para identificar las necesidades de los pacientes y aportar los resultados a los equipos de salud, en los ámbitos hospitalarios y de Atención Primaria en Salud.

Se registran tres artículos relacionados con seguimiento a pacientes que presentan enfermedades crónicas, utilizan encuestas para seleccionar la visión sobre

factores de riesgo. A partir de estos conocimientos proponen estrategias para la planificación, implementación y evaluación de intervenciones en salud pública orientadas a la reducción de tales patologías.

Tres artículos corresponden a estudios con poblaciones en condición de vulnerabilidad, y buscan revisar el impacto de políticas públicas, dirigidas a jóvenes en habitabilidad de calle, grupos con VIH y mujeres gestantes con desnutrición.

Desde esta perspectiva las acciones se concentran en afectar los *factores de riesgo* previstos como causales, sin explicar los niveles de complejidad del proceso salud - enfermedad con lo cual, se fortalecen los modelos higienistas y ecologistas –es pertinente señalar que la triada ecológica- agente, huésped y ambiente- ubica lo *ambiental* como otra *variable*, así, el ambiente es un agente externo, un afuera natural y no es producto del metabolismo o interacción de la naturaleza y las relaciones sociales configuradas por la sociedad.

En estos estudios se propone que cada factor debe ser atacado con diferentes herramientas por diferentes actores “responsables” quienes comparten la corresponsabilidad de forma igualitaria; la estrategia central es la respuesta coordinada, es decir, desde esta visión no hay jerarquización en la explicación y por ende diferenciación en las responsabilidades. (Hernández 2009,20)

Por su parte, los 4 estudios que orientan procesos de reflexión hacia praxis sociales, cuestionan las prácticas médicas y odontológicas y reportan análisis para favorecer currículos integradores como respuesta en la formación del recurso humano.

Uno de los artículos plantea los efectos de la globalización económica en el proceso-salud enfermedad. Se trata de un debate en torno al riesgo global implica tener una visión de la reorganización de la relación Estado- mercado para enfrentar con mayor claridad el declive de las políticas públicas sanitarias dentro de los Estados y las crisis institucionales vigentes por la globalización económica.

El segundo presenta una reflexión sobre la ergonomía en el marco de la flexibilidad laboral y el proceso- salud enfermedad.

Lo anterior se articula con el paradigma crítico debido a que el proceso salud-enfermedad busca no solo describir la salud-enfermedad, sino establecer cómo se produce en el marco de las relaciones capitalistas, además, demuestra que dicho proceso es producido a partir de la determinación social en una dinámica dialéctica que devela las relaciones entre producción, propiedad y poder que se sustentan en el modelo de

acumulación capitalista y que es allí donde se explican las inequidades. “ (J. Breilh, 1997: 110).

En el enfoque subjetivo culturalista se encuentra la mayor cantidad de documentos revisados (15) cuyo contenido tiene origen en estudios antropológicos para vincular con aspectos culturales y representaciones sociales, que promuevan la comprensión de la enfermedad y actuar en la modificación de situaciones dirigidas a proyectar cuidado y atención, la categoría cuidado es relevante en tanto varios estudios corresponden a la disciplina de la Enfermería.

Dos artículos incluyen el proceso salud-enfermedad, en el primero valorando su riqueza como categoría influenciada por los aportes de la antropología médica, como referente citan a Eduardo Menéndez y proponen su inclusión en programas curriculares para aportar al campo de la salud pública con análisis más profundos.

En el segundo, bajo la premisa que la medicina se ocupa del estudio del hombre y la sociedad mediante el proceso salud-enfermedad, el ideal médico social precisa de cambios en los programas y planes de estudio que promueva una práctica clínica y la atención primaria en salud, para lograr una formación integral, el estudio destaca como las acciones en educación en salud, ponen de relieve la importancia de entender las creencias y prácticas culturales en relación con los cuidados en salud.

Desde la antropología, se promueve la comprensión de la salud y la supervivencia ligada al concepto de cultura. De una parte se evidencian desarrollos conceptuales vinculados con la antropología estructural- funcionalista desde una perspectiva biológica, con esta referencia la cultura es un medio que permite al hombre satisfacer determinadas necesidades, entre ellas la salud.

De otra parte, se encuentran artículos enfocados en la fenomenología abordando las formas específicas de representación, actitudes y prácticas de la enfermedad que predominan en las comunidades, especialmente, étnicas o en condición de marginalidad, estos artículos disponen el análisis en la existencia de representaciones y formas de la enfermedad afines con determinados grupos o comunidades.

Cinco artículos sustentan sus análisis sobre abordajes prácticos de la interculturalidad y saberes tradicionales al campo de la medicina occidental. La interculturalidad es planteada como una categoría mediadora entre conflictos de las visiones occidentales frente a otros saberes de las poblaciones discriminadas históricamente.

Un artículo aborda el proceso salud enfermedad desde las representaciones sociales de la salud, como fundamento para entender la preservación de la capacidad de trabajo, en sectores populares, en condiciones adversas, en tanto se reviste de un significado relacionado con la propia sobrevivencia familiar.

En la fenomenología y la teoría fundamentada, se inscriben en su mayoría los artículos reseñados, (24) la categoría proceso salud enfermedad se ha posicionado ampliamente al interior de esta corriente. Bajo la idea de itinerarios terapéuticos se revisan los dos subsistemas de cuidado: El popular y el oficial, en el cual la accesibilidad y la flexibilidad del subsistema de cuidado popular garantiza facilidad de acceso y bajos costos para la resolución de una enfermedad con el apoyo de la red familiar. Incluye también, asuntos de género y en ello, cómo la comprensión de los hombres, sobre su proceso de salud y autocuidado contribuyen a la realización de acciones de salud y estas son efectivas para la mejora de las condiciones de vida, asociados a las intervenciones sobre sexualidad y climaterio. Entre los artículos reseñados (7) que revisan prácticas sobre salud sexual y reproductiva en jóvenes, y en grupos de mujeres gestantes para afectar la mortalidad materna, así como la complejidad de la sexualidad en personas con discapacidad.

Por su parte, en la revisión documental, 6 artículos, se relacionan con: la relación de los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, vinculados con la vulnerabilidad al vih/sida y otros se concentran en estudios que han profundizado sobre prácticas sexuales de grupos de jóvenes pertenecientes a tribus urbanas.

Uno de los artículos corresponde a un estudio sobre la determinación social del proceso salud enfermedad bucal en Latinoamérica refiriéndose a un terreno en disputa entre enfoques de emancipación y acumulación.

Dos artículos plantean en la revisión documental experiencias sobre atención primaria en salud, como posible alternativa para garantizar el derecho a la salud, al entender la salud como proceso y no como un asunto biologicista.

Sobre la estrategia de APS, uno de estos artículos dispone como ésta, no logra dar respuesta a lo que la sociedad quiere y necesita en salud, lo que se promete en lo asistencial queda como expectativa, se concentra en acciones preventivas, pero no resolutivas.

En síntesis, el 42 % de los estudios reseñados sobre la categoría salud-enfermedad, corresponden al enfoque subjetivo, documentando artículos de orden cualitativo cuyas metodologías son la etnografía, la teoría fundamentada y la

fenomenología, es un balance interesante, porque esta categoría sigue siendo validada y acogida por un cuerpo de investigadores e investigadoras, principalmente en Brasil, por el campo disciplinar de la enfermería, así mismo, se observa una apropiación por parte de las ciencias sociales principalmente la antropología, en esencia estas, investigaciones toman distancia del enfoque inicial cuyas explicaciones se encontraban en el materialismo dialéctico, no solo como análisis sino también como método.

Al respecto para investigadores de la MS/SC, es necesario tener en cuenta el riesgo de plantear desde la antropología con tradición fenomenológica, que la cultura es una realidad autónoma y, por tanto, deshistorizada, hecho que es un obstáculo epistemológico: al desconocer que la cultura no puede ser considerada de manera autónoma sino articulada en el contexto de todo el proceso histórico de construcción social (Quevedo 2015, 67).

De otra parte, en el entendido que para la MS/SC latinoamericanas, y para la teoría crítica en la explicación del proceso salud –enfermedad, lo *social* no es una causa más, sino, una condición determinante del proceso mismo. La explicación marxista incorpora el concepto proceso con lo cual le da contenido histórico y además lo vincula a la *praxis* como núcleo central “da un puesto decisivo a la práctica, otorgándole, además, un carácter constructivo. Tanto en los términos teóricos, como en los empíricos, en el materialismo histórico, esta práctica constructiva de los conceptos es, de manera predominante social, y está regida por leyes que presiden dos concepciones, surgen de y expresan la experiencia de ese sujeto social. Esa experiencia social suprime, conserva y supera la experiencia de sus individuos integrantes.” (J. Samaja: 1995: 49).

Complementando la visión de Juan Samaja, Jaime Breilh comenta en la entrevista:

Sobre todo del postmodernismo, fue una visibilización de todas las teorías de la subjetividad, de lo individual, de la perspectiva del otro lado, y eso nos sentó bien porque, a pesar de que a lo mejor las propuestas, esencialmente de Lyotard, era destruir el marxismo, ir a la recuperación de la filosofía liberal de lo individual; ese remesón nos hizo decir “a ver, será que estamos muy cerrados en lo macro y que hay que dialectizar” entonces sí, de esa experiencia nos sirvió el sacudón que nos hizo abrir el horizonte y empezar un diálogo más serio con aquellas otras epistemologías.”(Breilh 2014, entrevista personal)

Producto de este tipo de reflexiones y con la aproximación de las ciencias sociales, la salud colectiva brasilera, ubica la salud como un *proceso no lineal*, ni causal, sino como, un *sistema* en el que interactúan lo social y lo biológico con *niveles* diferenciados de jerarquía, en una lógica de interpenetración que se repite en todos los

niveles de lo subcelular a lo societario, “los procesos de salud-enfermedad- cuidado pueden ser interpretados como una dimensión fractal que atraviesa los diversos niveles del sistema de las moléculas a las células a órganos a sistemas fisiológicos, campos, grupos, poblaciones y sociedades”. (N. Almeida, 2000:28)

Los estudios de corte epidemiológico corresponden al 12%, homologando el concepto salud enfermedad, con el modelo explicativo de la multicausalidad y el modelo ecológico. situación comprensible debido a que en el paradigma positivista la salud y la enfermedad son *expresiones naturales de desequilibrio* basadas “en los postulados del realismo, de la explicación causal y del empirismo (los conceptos como reflejos de la experiencia y del referente empírico (J. Breilh, 2010: 42).

Los artículos reseñados contemplan temáticas como enfermedad y salud mental, desplazamiento, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, atención primaria en salud y buscan resolver respuestas desde la atención en los servicios de salud principalmente.

En relación con el periodo de publicación, señala un aumento desde el 2005 y los mayores desarrollos son progresivos desde el 2012, como se ha señalado esta categoría ha tomado bastante acogida entre las investigadoras brasileras, procedentes principalmente de escuelas y programas de enfermería, una disciplina que ha venido apropiando el campo de investigación cualitativa.

Cabe anotar que esta categoría mantiene en varios de los documentos una aproximación a la visión de la MS/SC, en aquellas publicaciones cuyo contenido vincula lo social en la salud, a partir de la revisión de asuntos como: 1) caracterizar las nuevas condiciones que ofrece el mundo del trabajo, en tanto, aumenta la exclusión y el deterioro de la salud, 2) apropiar los elementos explicativos de orden estructural y económico que determinan la salud y la enfermedad y 3) realizar estudios incorporando la noción de la determinación social de la salud.

El concepto interculturalidad que sustentan algunos estudios de la antropología médica es una potencia, la MS/SC desde la epidemiología crítica, hace énfasis en la “triple inequidad” – de clase, étnica, y de género. Destaca, en primer término, la manera hábil y ambivalente en que la cultura euro céntrica mantiene de forma folklórica, símbolos de lo indígena, pero a la vez, mantiene marginados y relegados a estos pueblos y a sus líderes (Breilh 1996, 57).

Así mismo, un elemento substancial de la inequidad, “la marginación de la mujer, como efecto de una visión totalmente androcéntrica y patriarcal, es revisada y

trabajada desde la interculturalidad, en algunos de los estudios, con el reconocimiento de la diferencia de género

En esencia, esta categoría contiene acumulados de la MS/SC en los artículos reseñados, existe proximidad al pensamiento de la medicina social salud colectiva. Sin embargo, algunos otros son capturados por el modelo hegemónico, en el sentido Gramsciano, en relación con la capacidad de un grupo social para articularse, desde una posición de supremacía, con otros grupos sociales, y orientar la visión del mundo de un conjunto social que trasciende las fronteras estrictas de clase.

En otras palabras, permite el paso de una esfera de dirección intelectual y moral, que lleva a la esfera dominante, del particularismo al universalismo, y dirige así a otros grupos sociales (Campione 2005) es la grieta que subyace a la investigación y divulgación de las visiones del relativismo cultural, que toman distancia de una interpretación centrada en asuntos estructurales de la sociedad.

Como lo refiere Eduardo Menéndez, “Sobre todo, a partir de los años sesenta nuestra disciplina [Antropología] estudió todo sistema médico, incluido el biomédico— como sistema sociocultural, y uno de sus principales aportes fueron determinados señalamientos respecto de la estructura y funcionamiento de la biomedicina, que demostraron que los saberes médicos, al igual que los saberes sanadores tradicionales, están saturados de contenidos sociales, culturales, ideológicos y —por supuesto— de poder. (Menéndez 2017, 355).

La revisión de esta categoría, pone de presente algunos desafíos para la MS/SC, en relación con un trabajo más proyectado en los servicios de salud, para algunos profesionales de la salud, en el hospital, en la atención es preciso contar con herramientas específicas para responder a las necesidades del procesos salud-enfermedad, en la entrevista realizada con Armando de Negri, médico brasilero, activista de la medicina social, “el pensamiento crítico debe aportar líneas de acción en los servicios de salud, ubicar las confluencias de los acumulados y ordenarse como un proyecto de poder, los profesionales de salud en los servicios no encuentran espacios claros para la acción y por eso el pensamiento de poder sigue siendo el hegemónico. (De Negri, 2016, entrevista personal)

Para Almeida Filho se trata de construir un nuevo paradigma capaz de construir *síntesis* y operar tránsitos, no sólo interdisciplinar, sino, inter paradigmas y entre los saberes de la vida y los conocimientos de la ciencia. Se trata de un abordaje materialista histórico de la ciencia, fundamentando “una definición pragmática de la

transdisciplinariedad como proceso, estrategia de acción, modalidad práctica, y no como propiedad de objetos complejos o atributos de complejidad de relaciones de modelo entre campos disciplinares” (Almeida 2000, 31).

2.3. Determinación social de la salud

La categoría determinación social de la salud, es la tercera, a la que se realiza un análisis de contenido, ésta, junto con la clase social y el proceso salud enfermedad, es considerada uno de los mayores aportes atribuibles a los investigadores de la MS/SC, como corriente de pensamiento. Al respecto Hernández comenta:

Pues mira, yo creo que la idea de poder es central. Es decir, una cosa es decir concepto de salud-enfermedad como proceso vital humano, como fenómeno de naturaleza social y una historicidad y unas relaciones en las cuales siempre se encuentra ese proceso en cada individuo y es determinado socialmente. Segundo es determinación social del proceso salud-enfermedad, como tal. Tercero, los tales niveles estos de los que se habla... Pero todo esto hay que verlo en relación con el concepto de relación de poder y de dominación que también se plantea desde muy temprano con lo de clase social (Hernández,2016,entrevista personal)

La determinación social es un planteamiento de atraviesa la MS/SC desde sus inicios y permite distinguir claramente su diferencia y distanciamiento del enfoque clásico funcionalista, continúa Hernández:

Y Jaime dice “mire estamos hablando de proceso. Determinación implica cambio, implica dialéctica, contradicción y síntesis” entonces hay que dar cuenta de esos procesos y empieza a hablar de los distintos niveles de determinación social y la articulación entre lo singular, lo particular y lo general. Eso viene desde allá. Sí hay, entonces, un elemento crucial en ese concepto de determinación social para diferenciarse de la causalidad positivista, funcionalista que solamente piensa en la probabilidad y que supuestamente eso es suficiente para explicar. En el orden social hay niveles de complejidad y al mismo tiempo de influencia mutua y entonces uno no puede pensar que es una cosa que se da al azar; la encuentro estadísticamente y puedo dar cuenta de las causas y viene toda su crítica a esto. Y el desarrollo de la determinación social.” (Hernández 2016, entrevista personal)

Una forma de comprender la determinación social de la salud, es desde la Epidemiología Crítica que al explicar el proceso salud-enfermedad busca demostrar como éste se produce a partir en una dinámica dialéctica, que devela las relaciones entre producción, propiedad y poder que a su vez se sustentan en el modelo de acumulación capitalista, lugar desde donde se explican las inequidades.

A continuación, la descripción de la revisión bibliométrica y posteriormente el análisis de contenido de los artículos reseñados.

a) Publicaciones que incluyen la categoría determinación social de la salud

El número de publicaciones identificadas en las bases de datos sobre determinación social en salud, fue de 144, la tabla 24, presenta la distribución según las revistas especializadas.

Tabla 24

Publicaciones categoría Determinación Social de la salud

Base de datos especializada	# de publicaciones	%
SciELO	33	22,92
Directory of Open Access Journals	24	16,67
Academic Search Complete	22	15,28
MedicLatina	20	13,89
Complementary Index	19	13,19
Scopus®	9	6,25
Supplemental Index	7	4,86
Science Citation Index	6	4,17
Psychology and Behavioral Sciences Collection	1	0,69
MasterFILE Premier	1	0,69
Humanities International Complete	1	0,69
Catalogo CRAI - Universidad del Rosario	1	0,69
Total	144	100

Fuente y elaboración propias

La base de datos con mayor publicación de la categoría determinación social de la salud es Scielo, la cual publica el 22.9%, seguida por Directory of Open Access Journals con el 16.7%, Academic Search Complete el 15, 3%, MedicLatina, el 14% Complementary Index el 13, 9% y Scopus® el 6,3% Scielo contribuye con una gran biblioteca electrónica cuyas revistas recogen artículos en América Latina y es de fácil acceso, por ello es una de las bases con mayor incorporación de esta categoría.

b) Publicación por autores

A continuación, se presenta la tabla resumen con los autores que publicaron artículos científicos con el término determinación social de la salud. Jerry Spiegel, canadiense y Jaime Breilh, de Ecuador, son los investigadores que presentan mayor número de publicaciones, un total de 7 en el período de estudio, para la base de datos Scopus. En WoS, el autor con mayor número de publicaciones es Jaime Breilh, , con 3 artículos publicados.

Tabla 25

Publicaciones bases categoría Determinación Social de la salud

SCOPUS		WEB OF SCIENCE	
Autores	# de publicaciones en la categoría	Autor	# de publicaciones en la categoría
Spiegel, Jerry Malcolm	7	Breilh Jaime	3
Breilh, Jaime	7	Brown Je	1
Yassi, A.	4	Strazdins L	1
Sayadi, M.	3	Cole Dc	1
Asadi, N.	2	Delgado Ja	1
Borde, Elis	2	Costa Am	1
Concha-Sánchez, Sonia Constanza	2	Nicholson Jm	1
Cordeiro, Luciana	2	Spiegel J	1
Dowbor, Tatiana Pluciennik	2	Perez H	1
Eslava-Castañeda, Juan Carlos	2	Yassi A	1
Farahi, Farzaneh	2	Bittman M	1
Foruhari, Sedigheh	2	Da Silva Jm	1
Jokar, Azam	2	Mota E	1
Lockhart, Karen	2	Orozco F	1
Morales-Borrero, Carolina	2	Da Rocha Rm	1
Rahimzadeh, Mitra	2	Gonzalez A	1
Salehi, Moosa H.	2	Keane H	1
Soares, Cassia Baldini	2	Escalona E	1
Westphal, Márcia Faria	2	Martínez Rg	1

Fuente: Base datos especializada Scopus y Web of Science: accesada en junio de 2016

Elaboración propia

Jerry Spiegel es investigador de la Universidad British Columbia en Canadá, ha desarrollado múltiples investigaciones en América Latina y mantiene proyectos

conjuntos en Ecuador con la Universidad Andina Simón Bolívar, generando una aproximación desde la epidemiología a la MS/SC.

Frente a la producción y publicación del profesor Breilh es evidente su producción en la determinación social de la salud, categoría que ha profundizado como un componente de la epidemiología crítica desde hace décadas y mantiene actualizada y posicionada en diferentes escenarios, uno de ellos es la publicación en revistas y editoriales de impacto entre investigadores, en tal sentido, expande este modelo de pensamiento entre núcleos académicos.

c) Publicación por países determinación social de la salud

La publicación reseñada sobre la categoría determinación social de la salud evidenció que Brasil concentra el 42,4% de esta producción, le sigue en orden descendente Colombia con 30,6%, Cuba con el 12,5%, Ecuador con 4,2% se presenta en detalle esta distribución en la siguiente tabla:

Tabla 26

Publicaciones países Determinación Social de la Salud

Países	# de publicaciones	%
Brasil	61	42,4
Colombia	44	30,6
Cuba	18	12,5
Ecuador	6	4,2
Estados Unidos	6	4,2
Australia	4	2,8
Canadá	2	1,4
México	2	1,4
Irán	1	0,7
Total	144	100

Fuente y elaboración propias

El comportamiento en la publicación ha sido similar para las tres categorías, Brasil es el país con mayor divulgación. Llama la atención que esta producción de mayor desarrollo, se encuentra en América Latina, nuevamente lo observado es que los centros académicos e investigadores en la región se identifican con los postulados de la MS/SC. Aspecto atractivo para mantener unas protoideas entre grupos de investigadores que

comparten un estilo de pensamiento, sin embargo, es necesario llegar a otros núcleos de investigadores para expandir dicho pensamiento, por ejemplo universidades, centros de pensamiento de salud, tomadores de decisión.

e) Evolución de la producción científica de las categorías de análisis

El período con mayor producción científica en esta categoría fue de 2011 a 2016 con el 83% de total de la muestra seleccionada, que corresponde a 119 publicaciones, la siguiente tabla detalla la evolución en el tiempo de esta divulgación:

Figura 13

Publicaciones por periodos



Fuente y elaboración propias

Como se ha mencionado previamente un sesgo para conocer la producción durante las década del 80 y hasta el comienzo del nuevo milenio, es que la publicación era impresa y por tanto no se logra encontrar mayor evidencia en bases de datos.

La MS/SC, en 1994 publica un texto de consulta obligada porque busca desarrollar ampliamente la relación entre lo biológico y lo social, un compendio de varias perspectivas, promovido por el área de recursos humanos, con María Isabel Rodríguez (Organización Panamericana de Salud 1994) quien advierte, se trató de continuar las reflexiones y desarrollos de Juan César García, acerca de la influencia y

pertinencia de incluir los aportes de las ciencias sociales en la comprensión de los problemas de salud.

En tal sentido, para Breilh (OPS. 1994. 80) La subsunción, es la categoría emergente para establecer la relación entre lo biológico y lo social, indica que algo se “incorpora es dominado y llevado a nuevas condiciones” de orden más complejo, es decir, establece una jerarquía, Breilh explica que lo biológico queda subsumido frente a lo social cuando aparecen el trabajo consciente y el lenguaje, que es lo conduce a los seres humanos a tener una condición histórica, que a su vez, da curso al movimiento social.

Bajo esta lógica, lo social determina lo biológico, desde los planos general, singular y particular con las mediaciones de los modos de vida que evidencian la reproducción social. Ahora bien, estas tendencias y desarrollos categoriales fueron sentados por la medicina social y la salud colectiva en los 70 y 80 es decir, es la época temprana del debate acerca de la determinación social de la salud.

El texto en mención permite ubicar tendencias y diferencias entre los investigadores de la MS/SC, para Laurell, el debate conceptual no está resuelto al interior de la medicina social y la salud colectiva, como lo expresa en la entrevista:

“Entonces yo creo que lo que hace a la determinación social del proceso salud-enfermedad, es una re conceptualización sobre la relación entre lo social y lo biológico, ahí, hay un tema de fondo que tiene que ver, creo yo que no habría que estar hablando y como una determinación exterior. A mi modo de ver, lo que tiene que explicar es por qué lo biológico y psíquico humano tiene carácter social e histórico. Lo que equivale a preguntarse cómo es esa articulación entre lo biológico y lo social. Y yo creo que ahí, dependiendo de las categorías que tú utilices, das cuenta, o bien de una estructura -por así decirlo- exterior, o das cuenta lo que es esa transformación, cómo lo biológico asume formas históricas específicas ¿sí? una buena parte de la discusión, por lo menos temprana sobre la determinación social, giraba alrededor de esa cuestión. Porque si tú ves, por ejemplo, Jaime y Edmundo trabajaban la categoría de clase social. Y a mi modo de ver te permite analizar la distribución no esa transformación de lo biológico.

Y yo opté por trabajar la categoría de *trabajo*, por dos razones. Una porque eso permitía develar todo un campo que prácticamente nadie había trabajado ¿no? Y dado que el proceso humano de preferencia es el proceso de trabajo o el proceso de transformación en la máquina, entonces yo decidí y ahí sí puedes ir construyendo las intermediaciones, a partir del proceso de valorización, el proceso laboral, las cargas de trabajo y cómo se van expresando. De lo que hizo Jaime en la estructura de determinación partiendo muy ortodoxamente de producción y consumo en el pensamiento marxista, pues apunta en el mismo sentido, pero para mi gusto no logró dar cuenta con tanta precisión de esas transformaciones, o sea, tiene los valores y los contravalores, etcétera. Pero que no, creo que no llega por así decirlo al nivel de esa dialéctica de lo biológico. Ósea cómo se va transformando ¿no? Y yo creo que eso de alguna manera. Y si tú ves por ejemplo a Naomar en este contexto ahí ves claramente cómo él tiene una influencia -por eso digo más determinantes- porque él no ve mucho

más como una estructura externa que casi puede ser reducida a factores de riesgo ¿sí? (Laurell 2016, entrevista personal).

Estos debates tuvieron influencia en la organización de currículas del pregrado y de nuevos posgrados en salud, bajo un momento particular en la OPS, con la presencia de Juan César García, en la división de formación de recursos humanos, lo que permitió una influencia regional, actuó como una diáspora, los textos de la OPS permiten seguir la pista a esta producción en los años 80 y 90. Y son equiparables a una instalación del estilo de pensamiento en la región, fue un dispositivo importante para acercar a los académicos e investigadores de la región

Por su parte, la OMS promueve en los años iniciales el siglo XXI, la búsqueda de explicaciones sobre las desigualdades sociales, como causa del deterioro de la salud en el mundo, y en 2006, da curso a la publicación del informe de la Comisión de Determinantes Sociales, DSS, encabezado por Michael Marmot.

Los DSS, son definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS:2006,342)

El informe de la Comisión, aborda lo social, como estrategia para superar las brechas existentes, y al ser asumido como mandato de la OMS, se convirtió en un lineamiento para los países miembros de Naciones Unidas, de esta forma, los DSS se convirtieron por algunos años, en el enfoque ordenador para políticas sanitarias, bajo la idea de promover la intervención de otros sectores y la participación de la comunidad que incluye la noción de empoderamiento, vale anotar, que se mantiene en la explicación de la enfermedad, su origen como la exposición a factores de riesgo y las consecuencias inequitativas interactúan con factores sociales y económicos.

Al parecer el aumento en las publicaciones después del 2006 guarda relación con este mandato mundial, desafortunadamente, en la lectura de artículos algunos de ellos adolecen de una conceptualización sólida y emplean de manera indiscriminada los términos determinación y determinantes sociales.

Tabla 27

Taxonomía Determinación social de la salud

TAXONOMIA	ENFOQUE	# de artículos
Objetivista. Empírico funcionalista	Aporte Epidemiológico	17
Praxiológico	Histórico- Dialéctico	7
Subjetivo culturalista	Fenomenológico	17
	Antropología- Etnográficos	4
Revisión documental	Conceptual	23
	Total	68

Fuente y elaboración propias

El total de artículos reseñados correspondió a 68, de los cuales 17 hacen parte de la visión empírico analítica, en tanto que 7 se clasificaron como histórico dialéctico, 21 fueron de corte fenomenológico y etnográfico y 23 corresponden a revisiones documentales que implican aproximaciones epistemológicas, así como análisis comparativos entre los determinantes sociales y la determinación social.

Los artículos aportan diferentes enfoques y metodologías que incluyen estudios de cohorte, longitudinales, análisis de contenido, revisiones documentales. La finalidad de los textos puede entenderse como reflexiones a partir de experiencias en servicios de salud, investigaciones académicas que buscan destacar abordajes metodológicos y epistemológicos; como también develar y explicar las inequidades y desigualdades sociales, o la producción histórica y temática por países, contrastando la visión de la determinación social y determinantes sociales.

Los artículos clasificados en la reseña por ser de corte epidemiológico corresponden a estudios, descriptivos, de corte y longitudinales. Estos artículos en su mayoría pertenecen a productos publicables de investigaciones aplicadas, a pesar, de utilizar el término determinación social de la salud, sus métodos, técnicas y análisis se encuentran en la mirada de los determinantes sociales de la salud, en tanto utilizan bajo la lógica de factores, aspectos de carácter social, económico y biológico para interpretar situaciones que afectan la salud de las personas y generan inequidades como se revisa más adelante en el capítulo de análisis.

Entre los temas tratados se encuentran las aproximaciones al concepto de género, desde estadísticas como análisis de la situación de salud, salud sexual y reproductiva, y un amplio bloque trata sobre servicios de salud, principalmente trabajados referenciados en Brasil, que describen evaluaciones sobre la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, en el marco del programa salud familia, así como de las acciones sobre educación y prevención. En estos últimos se evalúan contextos para lograr abordajes más integrales que permitan generar impacto en los determinantes sociales.

Cabe anotar, que, dentro de las técnicas empleadas en los estudios reseñados, se observa un avance al utilizar formularios, entrevistas y registros particulares a cambio de encuestas poblacionales o formatos validados para extrapolar información e incluyen asuntos como el empleo, la educación, la vivienda y las redes sociales. No obstante, no logran análisis que permitan establecer jerarquías, para entender la influencia de lo social en lo biológico, como tampoco interpelan los asuntos estructurales. El aporte de estos estudios funcionalistas permite establecer proyecciones y estrategias para regular los sistemas de salud.

La diferencia entre los determinantes sociales y la determinación social es concluyente para orientar formas y mecanismos de intervención, el cuestionamiento desde la MS/SC es que los DSS, no construyen un nuevo objeto de conocimiento para abordar la complejidad de la salud y la enfermedad como procesos, sigue supeditado a la noción de factores de riesgo; no logra análisis de carácter estructural que definan con claridad la carga que conlleva el poder y el capital, sobre la salud y por tanto, no genera nuevo conocimiento sobre la realidad para intervenir la injusticia social en la que se inscriben las desigualdades sociales.

Los artículos reseñados dentro del enfoque histórico-dialéctico presentan diferentes tópicos, los que alimentan epistemológica y metodológicamente la noción de determinación social, componente de la epidemiología crítica de la amplia producción de autores de la medicina social, principalmente la de Jaime Breilh y de nichos que emergen de programas pos graduales, en diferentes centros educativos de la región.

Los artículos permiten develar la tendencia de algunas escuelas de salud latinoamericanas por dimensionar la determinación social de la salud, en ámbitos como la salud bucal, la salud sexual y reproductiva, el ambiente, la epistemología, la historia de las profesiones. Se caracterizan por evidenciar una disputa continua entre enfoques de emancipación y acumulación, dentro de esta corriente, es notoria la producción de la

Universidad Nacional de Colombia, con la publicación de varios artículos reseñados como productos de tesis de maestría y doctorales, incluso se suma la publicación de un libro que sistematiza el seminario de profundización sobre determinación social de la salud, desde la perspectiva de tres autores, Naomar Almeida Filho, Jaime Breilh y Asa Cristina Laurell, experiencia enmarcada en la articulación de los programas doctorales de la Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia y Universidad Andina Simón Bolívar (Morales y Eslava 2015). Alimentan estos artículos un número especial de la revista salud pública de la Universidad de Antioquía publicada en 2013.

También se incluye en los artículos reseñados, la reflexión acerca de la organización de servicios de salud hospitalarios, de atención a las familias en los primeros niveles y las condiciones laborales de los trabajadores de salud, en tanto inciden en la calidad de servicios prestadas en unidades locales, estos artículos se concentran en publicaciones originadas en Brasil.

En el grupo de publicaciones cuyo abordaje corresponde a la fenomenología o etnografía, se destacan estudios sobre la contribución del enfoque en la educación en salud con niños, para interpretar procesos de triangulación entre la promoción de la salud, la determinación social de la salud y el territorio.

Otros artículos abordan análisis sobre la organización de servicios de promoción de la salud y su sostenibilidad en el marco del SUS; situación de vulnerabilidad de los cuidadores de personas con discapacidad, desigualdades que viven las personas en la ruralidad, confinamiento como efecto de la violencia en zonas rurales de Colombia, marginalidad en la selección y empleo de agro tóxicos naturales frente a los de manejo de plaguicidas comerciales, género y salud de la mujer.

Para la teoría crítica, un elemento que marca distancia con el positivismo y la fenomenología, es el desconocimiento de la historia personal en la dimensión social del grupo al que pertenecen los sujetos. Al obviar que los procesos sociales determinan los comportamientos, en tanto estos son productos de las interacciones de los sujetos y la sociedad en el marco de la cultura, es decir, en la red de relaciones diferenciadas que se tejen entre lo social, lo político y lo económico a partir de lo cual se constituyen las cosmovisiones y posturas frente a la vida.

Desde la visión de la determinación social, se ubican tres planos o niveles que interrelacionados producen la salud o la enfermedad: El plano general que corresponde al orden estructural y que organiza las relaciones macro, el modelo de producción, las políticas, el plano particular que funge un papel de mediación y corresponde a las

oportunidades o posibilidades que tienen los grupos humanos de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad, la clase social es un determinante de los modos de vida de los grupos sociales y el plano singular que corresponde al individuo en donde se ubica el genotipo y fenotipo de manera vinculante con los dos anteriores determinando los estilos de vida (Breilh 2003, 47).

Cabe señalar que, desde la Epidemiología crítica, a partir de éstos tres planos se despliegan el movimiento dialéctico que posibilita develar el proceso salud-enfermedad como una totalidad compleja y dinámica por cuanto en ellos se expresan las contradicciones y el nivel jerárquico (Breilh 2003, 49).

Finalmente, existe un conjunto de artículos escritos por docentes, académicos de la medicina social, y de otras corrientes, que amplían la visión de la determinación social de la salud, en lo que ha sido clasificado como abordaje conceptual. En el caso de la sociología, la ecología política, los estudios postcoloniales y la geografía, se encuentran aportes para solventar la discusión de la determinación socioambiental de la salud, así como experiencias de construcción de conocimientos emancipatorios que integran sujetos políticos, resistencias y alternativas para la sociedad.

Las revisiones documentales amplían los análisis en asuntos como la equidad en salud, justicia y el proceso de determinación social de la salud-enfermedad y sus implicaciones para la política de salud (Ligia Maria Vieira-da-Silva Naomar de Almeida Filho 2009 39).

El taller realizado por ALAMES en 2008, en la Universidad autónoma de México, publicado bajo el título determinación social o determinantes sociales de la salud, en versión impresa y digital, ha sido un aporte para dilucidar las diferencias entre estas dos perspectivas (Eibenschutz, Tamez y González 2008).

El presente análisis de contenido coincide con la revisión bibliográfica elaborada por (Breilh 2014) Un estudio que hace evidente la mayor producción del paradigma crítico en relación con la determinación social frente a los determinantes sociales, una relación 78.6% a 17%. Frente al número de páginas encontradas en numerosos artículos y libros, no obstante, Breilh concluye uno de los desafíos para el estilo de pensamiento:

Si bien parece que el concepto determinación ha entrado en el discurso crítico, aun su posicionamiento es incipiente en el discurso científico de la epidemiología y hay una preeminencia de la noción determinantes –categoría central en los discursos afines al de la Comisión de la OMS-. Los discursos clásicos se restringen al empleo de categorías como factores causales o factores de riesgo que encajan en su percepción de la realidad. (Breilh 2014, 18)

Esta categoría es de interés actual entre investigadores y docentes, la perspectiva crítica de la MS/SC, es evidente y ha permeado varios espacios académicos, lo cual es demostrable con los artículos reseñados, a pesar de ello, persiste un empleo indiscriminado de los términos llevando a problemas para la fundamentación como el siguiente: “los resultados destacan la necesidad de reorientar el análisis del capital social a un estudio más integrado de la determinación social de la salud”. (Ref. 68. Anexo 5).

El concepto cohesión social ha sido acuñado por la OMS para hablar de la participación y representación de actores sociales, en la idea, de intervenir las inequidades a partir de que personas las personas se involucren, una participación que se ocupa de otorgar más responsabilidades a la sociedad y menos a los Estados, por lo tanto, esa visión no corresponde a la determinación social de la salud.

En síntesis, es preciso fortalecer la perspectiva crítica y el capital cultural construido desde América Latina, como herramienta de disputa frente al pensamiento hegemónico en salud. La salud vinculada al buen vivir es una reivindicación de los pueblos y su comprensión desde la determinación social le da fuerza al debate y a la movilización. “la complejidad de esta realidad implica develar las relaciones de producción-propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determina la salud para entender la importancia de trabajar el tema de la subjetividad social como clave para fortalecer el sujeto de la acción integrando fuerzas y culturas contra hegemónicas, y construyendo un poder simbólico alternativo, sin todo lo cual es imposible sostener un avance realmente emancipador “(Breilh 2010, 31).

Una vez culminada la revisión de contenido de 170 textos documentando las categorías: clase social, proceso salud-enfermedad y determinación social de la salud, es posible ubicar que las tres mantienen una vigencia para el periodo de tiempo contemplado 1980 a 2016. El aumento de la publicación se percibe a partir de la década 2006- 2016, lo cual obedece a la facilidad para acceder a la información por medio de bases de datos e internet; situación que visibiliza y aumenta la divulgación de la información, además de los avances tecnológicos y la facilidad de acceder a bases de datos, también se registra un aumento probablemente relacionado con la mayor publicación, principalmente por condicionamiento a investigadores y docentes a quienes se le presiona desde sus espacios laborales o financiadores para mantenerse en el ranking de los más visibles.

Cabe destacar entre las limitaciones del presente análisis de contenido que para el periodo inicio de la revisión, las publicaciones se realizaban en revistas principalmente de centros de pensamiento y de programas académicos con edición en papel, pocas impresiones y circulación local, debido a estos costos no lograban una mayor divulgación entre otros investigadores, desafortunadamente es posible que gran parte de estos materiales no se hayan recuperado totalmente, motivado por el concepto entre las casas editoriales de envejecimiento de la literatura, por lo cual no la editan nuevamente. Al respecto son valiosos los aportes de los repositorios de algunos centros académicos, para el caso específico de la MS/SC, mencionados anteriormente.

En la propia disertación sobre la historiografía de la ciencia y del conocimiento, lo que se observa con las categorías, principalmente con la clase social es su transformación y modificación con los cambios del conocimiento en las ciencias sociales. Vilar cita como Marx a quien calificó como «el primer estudioso que ha propuesto una teoría general de las sociedades en movimiento, (Vilar citado por Arostegui) “El método de análisis marxista de todo proceso histórico tiene como eje la *dialéctica*, más allá de la idea de las contradicciones inherentes a toda realidad, tesis y antítesis y su superación en nueva síntesis. Para el marxismo, estas contradicciones no se producen, como pretendía Hegel, en el movimiento de las ideas sino en las condiciones materiales básicas” (Klofer citado por Arostegui,1995,123).

Recordando a Fleck, un estilo de pensamiento se hace evidente por la producción del conocimiento, su publicación y la comunicación. Dadas las diferencias y variaciones principalmente dos de las categorías salud enfermedad y determinación social, siguen siendo trabajadas por investigadores, no solo de la región, también de Norteamérica y Europa. Un ejemplo de lo anterior, es como en un estudio bibliométrico sobre desigualdades en salud, los investigadores describen que los picos en la divulgación coinciden con las reuniones internacionales de ALAMES y ABRASCO, Congresos reconocidos por su carácter crítico entre profesionales de las ciencias de la salud y sociales.(Rainher 2010,9).

El estilo de pensamiento, (Fleck) se genera con la circulación intra colectiva de las ideas producidas por acción de fuerzas sociales, allí la MS/SC tempranamente desde Ouro Preto (1984) y en la actualidad con los Congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) debate sobre estas categorías consolidando una corriente que posiciona y sistematiza sus referentes de la salud como objeto y como derecho humano fundamental.

Situación que permite leer lo que en Fleck es reconocido como el colectivo de pensamiento, un espacio donde los individuos, ponen en común su estilo de pensamiento, lo alimentan, reciben contraposiciones y se tiene conciencia del colectivo.

Algunas barreras propias de la publicación son los costos, en tal sentido una estrategia para los investigadores es desarrollar y mantener redes de investigación cuyos nodos pueden ser fortalecidos financieramente por centros nacionales de investigación y que permitan compartir conocimiento e integrar grupos de investigación que posiblemente se lograría dinamizar colectivos de pensamiento y divulgar la producción en espacios nacionales y de alto impacto.

En la entrevista realizada a Laurell, acerca de las categorías de la medicina social/ salud colectiva, dice: “entonces también más que una lista de categorías existe un método de generación de conocimiento más que un listado de categorías” es como se ordena el pensamiento” (Asa Cristina Laurell, Min 39). Estos aportes pueden mantenerse en grupos y redes, posibilitando vigencia y divulgación del colectivo de pensamiento. Para Fleck, el conjunto de grupos o personas que adelantan trabajos en el mismo campo, son citados y reconocidos entre otros grupos, validando los efectos, componentes, categorías o ejes del discurso de estilo de pensamiento lo que se convierte en una circulación intercolectiva de las ideas (Pfuetzenreiter. 2003, 115).

El análisis de contenido para las tres categorías, identifica la emergencia de plantear ajustes, en el sentido de ampliar el colectivo de pensamiento, mediante la divulgación, como también concebir instrumentos metodológicos que no fragmenten la relación de análisis entre la estructura económica y las realidades sociales.

Cabe señalar desde la historia del conocimiento científico que este requiere de un método y un lenguaje, en el caso de la MS/SC, las operaciones metodológicas se sustentan para algunos teóricos en la dialéctica, un movimiento constante entre los aportes de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, en un contexto y modelo político y económico, las categorías corresponden al llamado uso de lenguaje científico, que a la base sostiene la adquisición y validación de informaciones sistemáticas y datos que forman los conceptos, para llegar a un conocimiento demostrable. (Wallace 1980).

En las categorías revisadas, el uso de los términos por si solo carece de contenido, pero han sido apropiadas en las publicaciones como las ha postulado la MS/SC, el término proceso salud enfermedad, le es propio, a diferencia de otros modelo que refieren los conceptos de salud y enfermedad, de manera independiente La

determinación social es propia también de esta corriente, al punto que la mayor publicación por autores corresponde a dos investigadores de la MS/SC.

El lenguaje en el conocimiento científico, corresponde a una lógica de operación cognoscitiva, y su uso permite captar y explicar las realidades y los hechos desde la visión que predomina al interior de los científicos y requiere imponer como modelo colectivo.

Al respecto Jaime Breilh en la entrevista apunta: “yo creo que es el momento de agarrar los elementos emancipadores y potentes de cada una de esas críticas de la modernidad capitalista, cada una tiene algo que decir, y tenemos que recuperar y tiene que haber un mapa de navegación que para mí, es el marxismo, dejando de ser el discurso de la totalidad y el discurso matriz, es simplemente una carta de navegación para el diálogo con los otros paradigmas críticos de la modernidad como el de la decolonialidad.”(Breilh 2014,entrevista personal)

Este desafío acierta con la intencionalidad de romper las críticas al pensamiento totalizante y generar un nuevo conocimiento dispuesto al conjunto de la sociedad como instrumento de emancipación, en tanto es posible, explicar la producción del proceso salud-enfermedad en una lógica integral, no fragmentada con lo cual se genera la apropiación del conocimiento global, para identificar la alienación producida por la fragmentación. El análisis bibliométrico, descrito matiza como la medicina social/salud colectiva requieren disponer su pensamiento en los espacios donde se ha concentrado la publicación y circulación de la información científica, que dé cuenta de los aportes y avances epistemológicos, metodológicos y la relación con los sujetos en la praxis social, para afectar el poder simbólico instituido, en espacios de investigación y educación en el pregrado y posgrado, donde abundan publicaciones que utilizan las categorías que ha propuesto la corriente de pensamiento, con discreto soporte epistemológico, manteniendo la hegemonía del discurso que sostiene el poder del modelo positivista.

Siguiendo a Bourdieu, y sus descripción sobre “los efectos simbólicos del capital” señala que las esferas académicas, tienen una relación innegable con el campo económico a través de remuneraciones, apoyos financieros, ventas de servicios. Sin embargo, la forma como se estructura y como los agentes acumulan capital simbólico allí se da en razón del prestigio académico, expresado a través de rangos y posiciones que dotan a los miembros titulares, vitalicios, académicos de número, docentes de planta, de un status incuestionable (Bourdieu, citado por Germana 2006, 89)

Lo anterior se encuentra en el mercado de las editoriales, revistas y la publicación desmedida para mantener el prestigio el estatus y publicar bajo las temáticas y términos de interés de estos monopolios que determinan con sus rankings el poder de saber científico que circula.

Por lo tanto, la fracción dominante en estos espacios, la cual ha obtenido su poder no exclusivamente de un capital económico, sino de un prestigio acumulado como capital simbólico, se encarga de mantener los mecanismos de reproducción social que llevan a que haya sistemas de ideas que se establezcan en la cima como paradigmas incuestionables, a la vez que otras corrientes de pensamiento continúan en un estado de subalternidad aceptada por el grueso de los agentes e instituciones del espacio social.

Esto no significa, que el campo científico aparezca como un escenario pasivo, de sumisión, y libre de luchas, por el contrario, denota una serie de estrategias que están compitiendo constantemente por la aprobación a través de la acumulación del capital simbólicamente validado.

En el escenario de acción del “sector salud”, que se nutre de la producción académica e investigativa gestada desde el campo científico, es claro que el monopolio de la autoridad científica lo ha conseguido el modelo funcionalista-biologicista, porque ha sido dotado de autoridad no exclusivamente en el campo científico, sino también gracias a que sirve a modelos económicos y políticos que obtienen beneficio con su instauración como modelo hegemónico. No obstante, el hecho de entender que hay una lucha propiamente simbólica, que se desenvuelve en razón de los intereses de determinadas facciones, y que tiene como fin imponer, legítimamente, estos intereses, pone a la MS/SC en un escenario estratégico para desarrollar estrategias concretas en esta lucha si se quiere adquirir el monopolio de autoridad

Es claro que en la MS/SC encuentra límites institucionalizados y obstáculos. Las instituciones más importantes en la MS/SC son las escuelas de pensamiento, principalmente, centros educativos universitarios. En éstas, se monopoliza el conocimiento a partir del poder que ejercen agentes determinados, ya sean cuerpos académicos o administrativos con cierto equilibrio en la forma como se valora el capital económico, cultural y social, que se presenta a su vez como obstáculo, por ejemplo para ingresar a las mismas escuelas. No obstante, también son instituciones centrales en este espacio las organizaciones, presentadas en diferentes formas. Las organizaciones para la MS/SC han aparecido como entes diversos que además de ser centros especializados

donde se crean y discuten diferentes tipos de conocimiento, han permitido la generación de nuevas organizaciones con estructuras y fines diferentes.

Los retos de la MS/SC, problematizados a través de las nociones de poder y violencia simbólica. Como Breilh refiere con la epidemiología, también la MS/SC "...es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esta disputa obedece a intereses sociales encontrados", por tanto "...reconocer aquello, saber que cuando se hace epidemiología (o cuando se practica la MS/SC) hay una politicidad implícita y un nexo evidente o tácito con intereses estratégicos de un sector social, entonces, no sólo es un acto de transparencia ética, sino de rigurosidad metodológica" (Breilh:1999,78).

Capítulo quinto

Análisis de resultados

Este capítulo da cuenta del análisis de resultados, corresponde al comportamiento de las categorías clase social, proceso salud-enfermedad y determinación social de la salud, a la luz de los referentes teóricos, sociales y económicos que definieron a la corriente de pensamiento de la MS/SC y de los análisis sobre ciencia y paradigma de Fleck y Kuhn respectivamente

Una vez concluidas la revisión bibliométrica y el análisis de contenido de 170 textos reseñados sobre las tres categorías observadas, Este capítulo presenta el análisis de los resultados Para resolver el plano epistemológico se acudió a los aportes de dos investigadores del médico Ludwik Fleck y Thomas Kuhn, autores que desarrollaron conceptos acerca de la ciencia y los hechos científicos.

1. Sujeto, objeto y conocimiento anterior

La perspectiva de la ciencia para Fleck es entendida como: “algo realizado cooperativamente por personas; por eso deben tenerse en cuenta, de forma preferencial, además de las convicciones empíricas y especulativas de los individuos, las estructuras sociológicas y las convicciones que unen entre sí a los científicos” (Fleck, 1986, p. 22).

Fleck rechaza la propuesta binaria, sujeto cognoscente y objeto a estudiar, clásico del funcionalismo, situando tres elementos: sujeto, objeto y conocimiento anterior, este último contiene, un carácter histórico y social; histórico, porque tiene un desarrollo en el tiempo; y social porque excede a los individuos e incluso a generaciones de individuos que lo transforman constantemente. (Perez 2010, 5)

Para la MS/SC, esta perspectiva es aplicable, en tanto al controvertir el pensamiento funcionalista, aboga por un sujeto cuyas praxis sociales le permitan ser protagonista de los cambios, convertirse en poder y (no solo ser observado), por tanto se desenvuelve en contextos históricos, económicos, políticos y sociales. La obra de Samaja, Breilh, Paim, y Nunes, contribuyen a consolidar estas características del pensamiento, tempranamente postulado por Juan César García y Cecilia Donnangelo.

El contexto histórico y social de América latina, equiparado con el concepto de conocimiento anterior, en el proceso de modernización del Estado, mantiene una

estructura que determina la urgencia de promover un conocimiento científico para actuar frente a esta institucionalización, que permite:

- Eliminación de su condición de Estado propietario, al vender propiedades y activos estatales.
- Limitación de su papel redistributivo al impedir el uso del gasto público como dinamizador de la economía.
- Restricción de su capacidad para regular las relaciones de clase, al abandonar la tutela sobre el trabajo.
- Reducción de su compromiso social al evadir su responsabilidad como garante de derechos constitucionales.
- Desmantelamiento selectivo, mercantilización de las instituciones estatales, privatización de lo público rentable.
- Fortalecimiento de su capacidad de control sobre las variables macroeconómicas.
- Desarrollo de mecanismos para desregular la economía, liberalizar el comercio y conformar mercados estables.
- Intervención frente a las “imperfecciones” del mercado, desarrollando acciones selectivas y focalizadas para compensar sus “fallas”.
- Compactación de sus estructuras burocráticas y descentralización de su operación institucional (López y Blanco, 2009, 89).

Todo lo anterior en medio de conflictos sociales y políticos que condujeron a la imposición de la fuerza con dictaduras en varios países por largos periodos de tiempo o procesos de violencia que acumulan miedo en la población, temor a movilizarse y permiten profundizar las hegemonías de poder.

El álgido contexto social, una modernización del Estado que afectaba a las clases trabajadoras, la migración de docentes, estudiantes y dirigentes políticos víctimas de persecución generó una migración hacia países donde se mantenían ambientes fraternos y solidarios, al mismo tiempo que permearon la capacidad para dar curso al debate, crítico y politizado, es otra de las condiciones materiales que condujeron a pensar desde el movimiento de la dialéctica para imaginar y configurar otro objeto salud.

La visión de sujeto participativo emancipado y el conocimiento previo transformaron en la MS/SC, el objeto salud, con una perspectiva diferente, desde la dialéctica y fuera del espacio funcionalista, rompiendo con el objeto de la salud pública o de la intervención preventivista dando inicio desde la ciencia un colectivo de pensamiento.

De esta forma la elaboración de concepto matrices, luego categorías del colectivo de pensamiento clase social, proceso salud enfermedad y determinación social de la salud, configuran ese nuevo objeto, actúan en primera instancia desde la disertación y aproximación paradigmática, entre los campos de la salud, propio de las ciencias naturales y las ciencias sociales, (vinculando lo social y lo colectivo).

Así, la determinación social de la salud, viabiliza una construcción histórica y social que establece movimientos, no se limita a variaciones de corte cuántico, no es previsible. Por tanto, la determinación y sus diferentes modos o niveles de relación poseen características sensibles, construyen jerarquías y no actúan de forma independiente y excluyente.

Por otra parte, la salud- enfermedad no son consideradas antagónicas, por el contrario, hacen parte de un proceso dialéctico y en síntesis, la salud constituye un estado relativamente permanente, tiene un substrato básico, relativamente estable; en tanto que la enfermedad es un proceso que aparece y desaparece. De este modo, si ellas se asocian teóricamente, a nivel semántico son diferentes (Nunes, 2007, 327).

Desde los aportes de Laurell “el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual. Esto visto desde el paciente significa que su historia social asume importancia por condicionar su biología y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular” (Laurell citada por Quevedo 1998, 23).

La nueva configuración del objeto salud implica que no se parte del estudio del individuo sano o enfermo, sino que “hay necesidad de ir más allá del objeto directo de la medicina clínica y de la epidemiología para construir un objeto que permita el estudio empírico del problema” tal como ha sido planteado. Este “objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo, para “aprehender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos, que así dejan de ser entes biológicos yuxtapuestos.” (Quevedo, 2008.24)

La explicación marxista incorpora el concepto *proceso* con lo cual le da contenido histórico y además lo vincula a la *praxis* como núcleo central “da un puesto decisivo

a la práctica, otorgándole, además, un carácter constructivo. Tanto en los términos teóricos, cuanto en los términos empíricos, en el materialismo histórico, esta práctica constructiva de los conceptos es, de manera predominante social, y está regida por leyes que presiden dos concepciones, tanto los términos teóricos como empíricos, surgen de y expresan la experiencia de ese sujeto social. Esa experiencia social suprime, conserva y supera la experiencia de sus individuos integrantes.” (J. Samaja: 1995: 49).

Peñaranda señala como los aportes desde la dialéctica ofrecen un acercamiento para pensar la salud más allá de la causalidad, donde sujeto y sociedad se analicen desde una totalidad más amplia que las partes, sin invisibilizar al sujeto. La determinación implica negación, preservación, identidad, cambio y diferenciación, que hacen referencia a componentes del ser y momentos por los cuales atraviesa en su proceso de devenir, de expresarse (Peñaranda y Rendon 2013, 55).

Por su parte la organización social en clases, determina los perfiles de enfermar por el lugar que el individuo ocupa en el proceso producción-reproducción y su capacidad para recuperar la energía invertida o el desgaste biológico. Es decir, la enfermedad es la materialización biológica de unas condiciones de vida y de trabajo en una sociedad y en unos momentos dados (Vasco 1990, 57).

Las categorías señalan un abordaje diferente del objeto salud y se sitúan en un contexto histórico y social. La MS/SC como lugar del conocimiento es un proceso en el cual sujeto y objeto actúan y reaccionan continuamente uno sobre el otro, están en interacción dialéctica, proceso que es social e histórico (Quevedo, 2008-67).

De esa forma, según los postulados de Fleck, la medicina social y la salud colectiva se constituyen como un espacio científico, que debe consolidar un colectivo de pensamiento es decir “la unidad social de la comunidad de científicos de un campo determinado” (Fleck, 1986, p. 23).

Desde la década del 70, el movimiento de la medicina social y la salud colectiva, tienen identidad en relación con la necesidad de impulsar un objeto de salud diferente, no obstante, en esta postura epistemológica, existen al interior tendencias que, sin significar rupturas epistemológicas o paradigmáticas, mantienen divergencias metodológicas y praxicas. Estos colectivos de pensamiento disponen sus modalidades discursivas y estas migran para contribuir a las fundamentaciones de académicos e investigadores, marcando el estilo de pensamiento, para Fleck “cuanto más elaborado y más desarrollado está un campo de saber, más pequeñas son las diferencias de opinión” entre los miembros del colectivo (Fleck 1986, 130).

Lo que concierne al concepto de estilo de pensamiento que se encuentra conformado por las presuposiciones “sobre las cuales el colectivo construye su edificio teórico” (Fleck 1986, 23); “la tradición, la formación y las costumbres dan origen a una disposición a percibir y actuar conforme a un estilo.

El estilo de pensamiento es permeable y sensible a las transformaciones resultantes por los avances tecnológicos o epistémicos, así se admiten diferentes estilos en la medicina social y salud colectiva, el primero, es determinar según el interés del investigador ¿qué es lo predominante en el campo de la medicina o de la salud? Los investigadores con mayor trayectoria, optan por asentir que la mayor integralidad y complejidad la encierra el término salud colectiva, no obstante, para algunos como el propio Juan César García, existe un posicionamiento centrado en la formación del médico, cuestionando su alto contenido biológico, proponiendo incidir para que confluyeran las ciencias sociales y así ampliar los saberes y las prácticas. Sin embargo estas diferencias han sido allanadas con el tiempo, y a pesar que se enuncie aun Medicina Social por su origen, se reconoce una mayor potencia en salud colectiva.

Otro ángulo de debate en el estilo de pensamiento se encuentra en la duda sobre la base o fundamento epistémico, sí corresponde al materialismo dialéctico, como el inicio de la medicina social, con la escuela de México y Ecuador, para algunos investigadores calificada como una tendencia totalizante o se aproxima a contenidos más propios de la posmodernidad, ejemplo de ello el colectivo impulsa en Brasil, Naomar Almeida quien ubica la salud como un *proceso no lineal*, ni causal, sino como, un *sistema* en el que interactúan lo social y lo biológico con *niveles* diferenciados de jerarquía en una lógica de interpenetración que se repite en todos los niveles de lo subcelular a lo societario, “los procesos de salud-enfermedad- cuidado pueden ser interpretados como una dimensión fractal que atraviesa los diversos niveles del sistema de las moléculas a las células a órganos a sistemas fisiológicos, campos, grupos, poblaciones y sociedades.” (Almeida, 2000:28)

Para Almeida se trata de consolidar un nuevo paradigma capaz de construir síntesis y operar tránsitos, no sólo interdisciplinas, sino, inter paradigmas y más aún, entre los saberes de la vida y los conocimientos de la ciencia. Se trata de un abordaje materialista histórico de la ciencia fundamentando una definición pragmática de la transdisciplinariedad como proceso, estrategia de acción, modalidad práctica, y no como propiedad de objetos complejos o atributos de complejidad de relaciones de modelo entre campos disciplinares” (Almeida, 2000, 31).

La diversidad de los estilos de pensamiento al interior de la medicina social y la salud colectiva guarda relación con grupos por países y por centros investigativos por ejemplo el grupo formado en la UAM Xochimilco que actuó como diáspora para el continente por la recepción de estudiantes de toda la región, el núcleo de Ecuador en el CEAS con Jaime Breilh y colaboradores y el grupo de salud colectiva (Paim Silva, Naomar Almeida, Rita Barada, Everardo Duarte Nunes) Argentina (Testa, Spinelli). Todos ellos y muchos otros más, son colectivos quienes a su vez desarrollan procesos de divulgación desde las esferas académicas o de las praxis sociales para validar los discursos que proponen desde el colectivo de pensamiento.

Cabe señalar que para Fleck esta particularidad de estilos no es un obstáculo, es por contrario parte del mundo de la transformación de las ideas y los conceptos incluso viabiliza la aparición de nuevos conceptos que son puestos en discusión entre los colectivos.

No obstante, la pugna entre los paradigmas está determinada por un juego de poder por un campo científico específico (Bourdieu). En este caso, opera la definición del ser y del saber de la salud entre un enfoque biomédico positivista hegemónico y unas posturas críticas que requieren lugares para el discernimiento y afinamiento entre colectivos de pensamiento de otras fronteras del saber.

Dos autores Jaime Breilh y Naomar Almeida, han sido examinados en una tesis doctoral, realizada en Colombia,¹⁴ a propósito de la categoría Salud- Enfermedad, me valgo de este trabajo para posicionar diferencias entre el estilo de pensamiento que enriquecen al colectivo y señalan los cambios a través de los contextos históricos y sociales.

El resultado de revisar desde la epidemiología el concepto salud- enfermedad ubica entre otros los siguientes elementos: Una crítica común al pensamiento epidemiológico, por su falta de posicionamiento epistemológico y compresivo de los contextos sociales. Una visión integral, amplia sobre la salud como objeto, concepto y praxis institucional y colectiva. Y sus propuestas metodológicas en diferentes lugares, Breilh en la escuela del materialismo histórico, Almeida centrado en la intervención desde esferas como la transdisciplinaria para llegar a lo ontológico

¹⁴ Mónica Mojica Perilla. Surgimiento y transformación de los conceptos de salud y enfermedad en la epidemiología crítica latinoamericana: una perspectiva desde el discurso de Jaime Breilh y Naomar de Almeida-Filho. Bogotá- 2009

Tabla 28

Análisis sobre proceso salud- enfermedad Breilh- Almeida

Análisis del proceso salud enfermedad	Jaime Breilh	Naomar Almeida
Epidemiología	Método de investigación bajo el enfoque funcionalista, alejado de la estructura social para comprender la dinámica y determinación de los fenómenos de salud-Enfermedad	Se aleja de una discusión epistemológica y teórica en relación a su objeto de estudio. En la enfermedad habla desde la clínica, y se hace uso de la estadística para observar su distribución en la población.
Salud	La salud es un proceso que se vincula con la praxis y en tal sentido se configura como: objeto/concepto/campo. El sujeto (individual /colectivo).Diferentes mediaciones y distintos simbolismos: el lenguaje, formas culturales, y metodológicas. La salud es compleja y dinámica y se mueve dialécticamente.	La salud es entendida como campo de conocimiento, en el cual se producen saberes de naturaleza interdisciplinaria, entendida como ámbito de prácticas, en el que se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones, por parte de agentes especializados o no, que actúan dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como sector salud.
Alternativa metodológica	Materialismo histórico. Reconocimiento de proceso histórico y natural para entender las diferencias a través del tiempo, la clase social, las condiciones de trabajo y el consumo.	Reconocimiento requiere la apertura hacia paradigma de la complejidad, plantea la capacidad heurística del mismo, y sus potenciales contribuciones en la construcción de un modelo que nos acerque a una comprensión de la salud y la enfermedad.
	Construcción del poder alternativo por medio de las subjetividades. Interculturalidad como sujeto emancipador. Incluye nuevas perspectivas epistemológicas como la complejidad	Complejidad y transdisciplinariedad

Fuente y elaboración propias

El estilo de pensamiento en Breilh se caracteriza por mantener su perspectiva epistemológica marxista que luego renueva en sus contribuciones principalmente con el discurso ambiental e intercultural. En el caso de Almeida Filho su estilo de pensamiento abierto facilita el intercambio intra-colectivo de ideas y por tal la legitimación de su discurso entre muchos autores de la salud colectiva.

Después del recorrido por varias de las obras de estos dos autores, Mojica, concluye que sus estilos de pensamiento se han transformado, son flexibles y cada uno plantea diferentes caminos para abordar lo que consideran de interés, en el caso de Breilh la subjetividad y en caso de Almeida la transdisciplinariedad, finalmente ambos encuentran en el paradigma de la complejidad un lugar común que permite construir en el mismo colectivo MS/ SC.

2. La transformación del estilo de pensamiento

Fleck describe que los estilos de pensamiento se transforman ya sea por la proximidad con otras fronteras del conocimiento, que permite desde la complejidad mejores interpretaciones de los objetos, o porque se logra mayor profundidad ontológica o epistemológica y finalmente porque pierde vigencia frente a nuevos conceptos o categorías.

La MS/SC no ha sido ajena a estas circunstancias. En el análisis de contenido de las tres categorías, (capítulo cuatro), estas transformaciones son evidentes, porque los investigadores han mantenido la rigurosidad y apertura para sostener la validez de los argumentos y para generar nuevas categorías que emergen como producto de los cambios del contexto histórico y social. No obstante también es necesario ubicar como sus nominaciones se transforman o se corre el riesgo que sean utilizadas por investigadores de otros ámbitos que usan sus nombres de manera indiscriminada

La clase social como se explicó fue capturada por los ajustes que propuso la CEPAL y por una perspectiva neweberiana sobre el escalonamiento, las propias dinámicas cambiantes en las relaciones de trabajo conducen a no lograr mantener esta concepción, por lo que es necesario ampliar y realizar otras aproximaciones que logren establecer esta relación con la reproducción social en la actualidad, donde la inmaterialidad del trabajo ha llevado a procesos de sobreexplotación de las personas, mayor desgaste y poca protección social .

Por el contrario, el caso del proceso salud enfermedad mantiene una alta publicación y ha sido incorporado en los estudios de las ciencias sociales, humanas y de la salud, en particular de la enfermería, sin embargo, mucho de estos estudios basados en la fenomenología o la etnografía se centran en la particularidad y retiran en los análisis la concepción histórico social y el carácter estructural, relativizando la responsabilidad de la sociedad y del estado en el deterioro y desgaste de las personas. Los estudios antropológicos en algunos tienen una proximidad a las características socioculturales de los sujetos y desde allí intentan explicar o aportar para la emancipación, en un interesante cambio principalmente aquellos que han tomado conceptos del abordaje de la decolonialidad como poder emancipatorios de los pueblos americanos.

La determinación social de la salud, es la categoría con mayor desarrollo desde la perspectiva de la MS/SC, ha logrado introducirse en círculos académicos y de la

producción, Jaime Breilh es el autor con mayor publicación en Scopus y WoS. No obstante, en la reseña es evidente que persisten errores y confusión en la fundamentación de algunos de los artículos principalmente frente a los determinantes sociales de la salud.

De otro lado el estilo de pensamiento presenta transformaciones que representan avances epistemológicos y metodológicos de las categorías iniciales, o conocimiento anterior. En la tabla 29, Se observa en la primera columna los ejes que orientaron el pensamiento de la MS/SC, en la segunda las categorías iniciales, en la tercera, las emergentes, como apertura a otras corrientes y paradigmas y en la cuarta se enuncian sus atributos generales.

Tabla 29

Categorías iniciales y emergentes de la medicina social/salud colectiva

Eje de pensamiento medicina social	Categorías Iniciales	Categorías emergentes	Perspectivas
EPIDEMIOLOGIA CRITICA	Producción y reproducción social		La década de los 90 incorpora el tema de los derechos de la mujer y la inclusión de las diversidades, los debates epistemológicos sobre diversidad, masculinidad y relación clínico salud pública, exploración de las relaciones y concentración de poder, consolidada en la etapa histórica de las sociedades clasistas, en que quedan conformadas en su unidad e interdependencia las tres fuentes de inequidad social, la condición de : la ubicación etno-nacional; y la situación de clase». (Breilh 1999)
	Segregación de clase	Triple inequidad: Etnia, clase, género	Los colectivos de hombres y mujeres investigadores de la MS/SC han generado contribuciones y divulgación de la categoría de género e integran colectivos en relación con la defensa de los derechos sexuales, de hombres y mujeres. (Alames- Red de género y salud colectiva)
			Subsunción cibernética. La sociedad de las redes y la economía informacional, crea una nueva cultura de la realidad virtual, que desplazo los códigos culturales por la capacidad de acceso tecnológico creando una suerte de inequidades y exclusiones, es reconocido como capitalismo cognitivo que crea diferencias no de clase, sino por la hegemonía en la producción, la segregación en el acceso y la desigualdad en la apropiación de los bienes inmateriales.
	Subsunción	Trabajo, consumo de lo biológico y cibernética	“Subsunción” es un término latino utilizado por Marx para aludir al fenómeno del sometimiento o subordinación del proceso de trabajo inmediato bajo el capital. La subsunción del consumo, específicamente el sometimiento real de los diversos consumos, permite ver bajo nuevas luces los efectos que ha tenido la política económica neoliberal. (Veraza 2013. 6)

	Determinación Social de la Salud		Categoría trabajada desde el inicio de la medicina social en función de la reproducción social. En la actualidad categoría con reconocimiento del estilo de pensamiento, trabajada ampliamente en el capítulo 4.
	Ambiental. Metabolismo sociedad y naturaleza	Sustentabilidad, Soberanía Solidaridad Bioseguridad	La sustentabilidad es la categoría desde la cual se posiciona la epidemiología crítica asumiendo,...” un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida, sino una vida plena, digna, feliz y saludable (Breilh, 2009). Metabolismo social capitalista. Teoría crítica del desecho Encuentros teóricos que permiten una más compleja matriz de análisis con la Ecología Política, dialéctica de la naturaleza, complejidad ambiental, social y estructural. La mega minería, el extrativismo y la manipulación genética de los alimentos son los daños a la salud y al ambiente vienen siendo documentadas por los grupos de investigadores de Argentina y Ecuador
TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD	Teoría del Estado	Ciudadanía y derechos humanos- Mercado	Ciudadanía y derechos: La reforma del estado está basado en la orientación de consumidores, que despolitizan a los ciudadanos y neutralizan la opción de la búsqueda del poder. De nuevo desde la MS/SC la lucha es por el derecho a la salud frente a. la salud como mercancía. Las reformas promovidas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Llevaron a la privatización de la salud, cambiando el concepto de derecho por el de servicios, a los cuales se accede mediante paquetes diferenciados administrados por agentes financieros privados
	Políticas de servicios de salud	Interdisciplinariedad/equidad	Perspectiva de trabajo conjunto, basada en la Transdisciplinariedad otorgando la posibilidad de un ejercicio de libertad para atravesar y transitar por campos disciplinarios distintos. La equidad es un ... ¿ deseable en toda política pública, por eso se convierte en un bien y valor esperado en sociedades justas.
	Trabajo	Desgaste,	En el ámbito del trabajo pues claro que es capital trabajo lo que está en debate político y de poder económico y tal y eso se expresa también en el poder político analizado del estado. Entonces esa forma de ver el estado y desarrollar una teoría del estado con mucha influencia de Gramsci, también es uno de los elementos clave. Porque todas estas cosas implican analizar, entender los problemas conceptos de salud-enfermedad de una manera distinta, pero también implican desde el punto de vista político emancipación. (Laurell: 2016) Debates sobre las nuevas formas de expresión del capital financiero e industrial
	Lo biológico y lo social	Genética/ complejidad	El descubrimiento de la cadena de ADN, otorga grandes posibilidades a la salud clínica y publica, en el campo de los DDHH, la medicina social particularmente en Argentina ha contribuido a la identificación de niños perdidos en la dictadura. La complejidad categoría que permite además de la integralidad la superación de análisis lineales y la incertidumbre como principio en la investigación.
EPISTEMOLOGIA DE LA SALUD	Proceso salud enfermedad antropología médica	Interculturalidad, decolonialidad	La interculturalidad se expresa en la existencia, presencia y reivindicación de grupos étnicos minoritarios, que han resistido al colonialismo occidental en América Latina, lo que constituyen la base fundamental de la interculturalidad, expresada en la lucha por la permanencia, en el espacio tiempo (Walsh 2006-34) Decolonialidad trabajo amplio de para ubicar el desplazamiento de las relaciones de poder centro

			periferia que el capitalismo global, mantiene jerarquías epistémicas, espirituales, étnicas de género desplegadas desde la modernidad (Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel 2005- 8)
	Ciencias sociales y salud		La transición de la sociología en los 80 y los 90 anuncio el debate interno sobre el conocimiento y la ciencia, dando curso al abordaje de la nueva sociología, bajo la lógica de los teóricos del Programa Fuerte (Bloor, Latour), desde esta visión MS/SC lograron nutrirse de la discusión sobre poder y conocimiento y luego de un campo más propicio como los estudios sociales de la salud Para Breilh En el movimiento de distintas disciplinas y ópticas que se ponen en juego cuando una comunidad científica aborda un objeto complejo, como el de la salud colectiva y el ambiente, es preciso mantener congruencia. Desde los aportes de la Geografía Crítica,, segregación histórica de los territorios, territorialidad y territorialización se complementan miradas analíticas que cobran mayor sentido en la praxis sociales y en el dialogo de las formas de habitar Psicología comunitaria. Frente a las grandes crisis de salud mental producto del despojo, la pobreza y las inequidades sociales

Fuente y elaboración propias

Cabe señalar cómo el alcance de algunas de estas categorías, no son exclusivas de los teóricos de la medicina social y la salud colectiva lo que nuevamente habla de la extensión de los estilos de pensamiento, la MS/SC ha tomado aportes de las ciencias sociales, ambientales que alimentan el pensamiento crítico en la región.

En las entrevistas y en la revisión bibliográfica se destaca la producción y profundización de categorías por parte de autores como Breilh, aproximaciones a los epistemológico como (Almeida, Paim, Nunes) y análisis sobre políticas de Estado, derecho a la salud y gobiernos en (Laurell, Hernández, Fleury), así es posible ubicar como el estilo y colectivo de este pensamiento mantiene un nivel de actividad importante y sigue llenando espacios como campo científico.

El aporte de los análisis bibliométricos señala que, para conseguir un mejor posicionamiento y difusión de los textos, es necesario que los investigadores desarrollen estrategias para la comunicación y divulgación de sus resultados, configuren redes entre otras alternativas posibles como ha señalado la cienciometría del actor Red.

3. Comunicación inter y extracolectiva a propósito de colectivos de pensamiento.

En los colectivos de pensamiento para Fleck “la comunicación no ocurre nunca sin transformación y sin que se produzca una remodelación acorde con el estilo, que intracolectivamente o en el pequeño grupo “-esotérico-”, se traduce en un reforzamiento e intercolectivamente en el gran círculo “-exotérico-” en un cambio fundamental del pensamiento comunicado” (Fleck 1986, 158).

Las formas de comunicación intracolectivamente en el caso de la MS/SC se producen en el marco de eventos en los que la comunidad académica intercambia la producción e interactúa con otros investigadores, docentes, estudiantes y delegados de organizaciones de la sociedad civil, existen dos escenarios para esta labor el Congreso Regional de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES, el cual se desarrolla cada dos años con una temática central definida por el interés colectivo, la sede es rotativa, cada congreso al llegar a un país busca apoyar principalmente al nodo intracolectivo, y conserva el espíritu diáspora de Juan César García, para divulgar el conocimiento de la MS/SC; en el siguiente capítulo, esta asociación será abordada en detalle. Para el caso de la alta producción brasilera un punto de encuentro de nivel nacional e internacional son los congresos de la Asociación Brasileira de salud Colectiva –ABRASCO-; de hecho, en la investigación realizada sobre equidad en salud en América Latina, el autor Naomar Almeida, atribuye buena parte de la producción reseñada a publicaciones productos de estos dos Congresos.

En cuanto a la producción intercolectiva, se hace efectiva en la publicación de revistas especializadas, como se observó en la revisión bibliométrica la mayor difusión y publicación se logra con la categoría determinación social y le sigue proceso salud enfermedad. La producción más significativa de la MS/SC, corresponde a informes de publicaciones académicas y artículos de revistas con resultados investigativos. Sin embargo, Fleck atribuye al término intercolectivo un público “popular” no necesariamente los aliados o miembros del intercolectivo u otros investigadores, se trata de grupos, entidades o personas a quienes interesa el abordaje epistemológico y metodológico, y logran ser captados e inician una validación de este pensamiento en sus labores cotidianas, situación constituye un gran desafío dado que la MS/SC, tiene como proyecto dentro del estilo de pensamiento, para algunos investigadores, la emancipación.

En este lugar común entre líderes, dirigentes políticos y defensores de la salud como derecho englobando la determinación social, existen algunos avances como productos de los congresos, declaraciones políticas, agendas comunes para los nodos que buscan allanar estos espacios, como también la apertura en los congresos de temáticas cuyo eje es la defensa de la naturaleza a la cabeza de movimientos ambientalistas, la reivindicación del derecho a la salud, frente a sistemas y servicios que niegan su universalidad, así, surgen simbiosis en que investigadores y movimientos se nutren de forma dialéctica en la configuración y transformación de saberes. Aquí es

posible ver los desarrollos de otros autores Bourdieu y Gramsci frente a poder simbólico o contra hegemonía, sin dudas frente al contexto político y social, en la actualidad, el mayor reto para la MS/SC.

La MS/SC requiere mantener un equilibrio entre el interés por difundir su pensamiento intercolectivamente, y acceder a las presiones que impone el capitalismo cognitivo a los investigadores y a los estudiantes de posgrado, para publicar, lo cual se convierte en una forma de mantener a los agentes de poder controlando el capital simbólico.

El riesgo es llegar a la crítica interna que formula Armando de Negri, intelectual brasilero quien fuera coordinador de ALAMES, y manifestó en la entrevista para este estudio: “Resulta paradójico, si el origen de la salud colectiva brasilera era la crítica y la reivindicación a la realidad. ¿Cuál es el impacto del productivismo académico?, haciendo una alusión directa al nivel de despolitización actual en ABRASCO, recalcando que “sus congresos y su productividad académica no aportan pensamiento crítico para solucionar las condiciones de salud.”(De Negri 2016, entrevista personal)

Entender y confrontar la lucha simbólica, que se despliega en razón de los intereses hegemónicos, sitúa a la MS/SC en un lugar estratégico para afectar el monopolio de autoridad que sostienen las casas editoriales y otras fuentes financiadoras, en tanto, en términos Bourdieu “los efectos simbólicos del capital”, en la medida en que son reconocidos como legítimos, y teniendo en cuenta que en el escenario de acción del “sector salud”, la autoridad científica se encuentra en el modelo funcionalista-biologicista, porque ha sido dotado de autoridad no exclusivamente en el campo científico, si no también útil a los modelos económico y políticos (Germaná 1999 citando a Bourdieu 1997, 345).

Por lo tanto, la fracción dominante en estos espacios, la cual ha obtenido su poder no exclusivamente de un capital económico, sino de un prestigio acumulado como capital simbólico, se encarga de mantener los mecanismos de reproducción social que llevan a que haya sistemas de ideas que se establecen como paradigmas incuestionables, a la vez que otras corrientes de pensamiento continúan en un estado de subalternidad aceptada por el grueso de los agentes e instituciones del espacio social.

Lo anterior no significa, que el estilo de pensamiento de la MS/SC, aparezca como un escenario pasivo, de sumisión, y libre de luchas, por el contrario, denota una serie de estrategias que desde la comunicación intra e intercolectiva compiten constantemente por la aprobación a través de la acumulación del capital simbólicamente

validado y sigue siendo un desafío para el colectivo de pensamiento-De esta forma el acceso abierto es una posibilidad para movilizar la información en tanto representa un sinónimo de libre circulación del conocimiento como bien público, ofrece la oportunidad de promover modelos alternativos, equitativos, igualitarios, colaborativos para dar curso a otras voces (Martinovich 2015, 78).

4. La MS/SC Paradigma o estilo de pensamiento?

El análisis de contenido de tres categorías a través del periodo 1980- 2016, ha dado cuenta de la vigencia de un pensamiento, nacido en la década de los años 70, del siglo XX, como también de su transformación, flexibilidad epistemológica y de la lucha por mantener una visión del objeto salud, integral en contextos sociales e históricos. A este respecto cabe recordar como los aportes de Thomas Kuhn materializaron las ideas fundamentales sobre la transformabilidad de la ciencia y sobre “el peso definitorio del contexto en el desarrollo de las ideas de los científicos” (Kuhn 1995:238). El paradigma, entendido como “las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn 2004, 22).

En ese sentido Fleck y Kuhn guardan una similitud en sus planteamientos sobre estilo y colectivo de pensamiento de Fleck, y el concepto de paradigma de Kuhn, presente cuando el conocimiento se transmite de una generación a otra a través de prácticas implícitas activas entre comunidades científicas. Entonces es posible equiparar la MS/SC con un paradigma?

Para autores como Nunes, desde la visión de Kuhn, sí, en tanto la MS/SC genera categorías y métodos compartidos por los investigadores, para explicar el objeto salud. Que permite: 1) Para comprender la salud incluye los elementos histórico sociales y políticos al vincular elementos de los conceptos: fundamente en lo colectivo, social y público. 2) Su formulación teórica metodológica, acude a paradigmas como: epidemiológico, sociológico, antropológico, político, técnico de forma aislada o conjunta y son reaprendidos, 3) Nutre sus estudios formulando metodologías, de acuerdo con los diferentes abordajes teóricos (Nunes 2014, 57).

No obstante, Almeida Filho y Paim Silva, argumentan que no es posible considerarla como un paradigma, en tanto corresponde más bien a un campo científico, que contribuye al estudio de los fenómenos de salud-enfermedad-atención en

poblaciones, investigando la producción y distribución de la enfermedad en la sociedad como parte de la reproducción social y analizando las prácticas de salud como un proceso de trabajo articulado con otras prácticas sociales.

Estos autores concluyen que, aunque no constituye en sí mismo un nuevo paradigma, Salud Colectiva, como un movimiento comprometido con la transformación social de la salud, presenta ricas posibilidades de articulación con paradigmas científicos capaces de aproximarse al objeto salud-enfermedad-cuidado con respeto de su historicidad y complejidad (Almeida- Paim 2006, 8).

Complementando lo anterior (Paim 2011, 92) discute sobre el objeto y la práctica de la salud colectiva como paradigma, refiere que se requeriría cambiar el objeto típico de la salud, (riesgos, daño, enfermedades) y modificar los medios y actividades de trabajo, debido a que análisis como la clínica, la epidemiología, y los propios centros de atención entendidos como medios de trabajo resultan insuficientes en tanto las prácticas de la salud colectiva, implican necesidades sociales que, se apalancan de otros saberes como la antropología, sociología, economía política, ecología.

En el mismo texto Paim, refiere que la salud colectiva se constituyó como un campo multi- inter- transdisciplinario basado en el triángulo ideología, saber y práctica (Donnangelo citada por Paim 2013,27). La generación de categorías de trabajo le otorga un campo científico (saberes) y a las prácticas contra hegemónicas, corresponde, por ejemplo, su relación con el movimiento brasilero que llevo a la reforma y a la generación del Sistema Único de Salud.

Por su parte, Breilh manifiesta que “la medicina social salud colectiva no es un paradigma en “senso estricto”, si un campo disciplinar complejo, donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde diferentes paradigmas o perspectivas epistémicas”. Así mismo, Kuhn es un referente para Breilh debido a que encuentra en sus postulados, una herramienta para trabajar una epistemología crítica que permita develar la relación entre episteme, modelo y praxis, en el proceso histórico de construcción, oposición y separación de paradigmas de la ciencia insertada en la vida colectiva (Breilh, 2015, 23).

Para Breilh el poder simbólico, es justo el concepto más apropiado para la MS/SC porque es el poder de constituir, “de enunciar, de hacer ver y hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo, y de este modo la acción sobre el mundo (Breilh 2015, 67).

Finalmente, los aportes de la revisión teórica, histórica y bibliométrica da curso a proponer que epistemológicamente la aproximación más comprensiva de la MS/SC corresponde a lo que Fleck identifica como un estilo de pensamiento, que caracteriza un colectivo de pensamiento que conserva diferencias entre sus autores, y obedece a una episteme con profundo contenido histórico y social.

La noción de paradigma sustentada por Kuhn, no aplica en forma contundente para la medicina social y la salud colectiva, que se alimenta de otros cuerpos teóricos en un marco de la complejidad, lo cual no es de menor valor, en tanto se configura como una revolución dentro del hecho científico, que ha logrado modificar la episteme en los saberes y las prácticas de la salud. En medio de intereses del capital y de poder que le son adversos permanentemente.

Capítulo sexto

Del discurso crítico a las prácticas de la medicina social y salud colectiva, otra perspectiva histórica

El presente capítulo profundiza sobre los planteamientos de la Medicina Social y la Salud Colectiva para ubicar si el encuentro de pensadores de la MS/SC, que confluyen en la Asociación Latinoamericana de Medicina social -ALAMES- corresponde a un espacio y a una forma para ejercer el poder simbólico? y si contribuye con la divulgación del pensamiento intra e intercolectivamente

En el poder simbólico la MS/SC busca develar las operaciones que mantienen el orden hegemónico de la medicina biologicista dentro del campo de la salud, a través de un habitus que activa una violencia invisible e imperceptible para naturalizar tales prácticas, construidas y admitidas tanto desde las perspectivas con poder, como desde aquellas que están oprimidas por éste. Sobre el poder simbólico, el propio Bourdieu señala:

Las diferentes clases y fracciones de clase están comprometidas en una lucha propiamente simbólica para imponer la definición del mundo social más conforme a sus intereses, el campo de las tomas de posición ideológicas que reproduce, bajo una forma transfigurada, el campo de las posiciones sociales. Pueden plantear esta lucha ya sea directamente, en los conflictos simbólicos de la vida cotidiana, ya sea por procuración, a través de la lucha que libran los especialistas de la producción simbólica (productores de tiempo completo) y tienen por apuesta el monopolio de la violencia simbólica legítima (cf. Weber), es decir, del poder de imponer (ciertamente de inculcar) instrumentos de conocimiento y de expresión (taxonomías) arbitrarias (pero ignoradas como tales) de la realidad social. El campo de producción simbólica es un microcosmos de la lucha simbólica entre las clases: sirviendo a sus propios intereses en la lucha interna en el campo de producción (y en esta medida solamente), los productores sirven a los intereses de los grupos exteriores al campo de producción (Bourdieu 2000, 69).

A la vez el poder simbólico permite revelar una dinámica operacional que mediante la constitución de un capital validado simbólicamente, reproduce las estructuras sociales situación que lleva a que un grupo de agentes controlen determinado monopolio. Lo anterior, coloca a la MS/SC en un terreno de lucha de ideas y acciones mancomunadas, en el que le corresponde posicionarse adecuadamente, y analizar de forma efectiva las prácticas que hacen que se mantenga en un estado subalterno, para

así poder construir, desde abajo, las ideas y acciones que permitan comprender su presente para transformar el ámbito de la salud en Latinoamérica.

Desde esta noción y entendiendo la MS/SC como un colectivo de pensamiento y conocimiento científico, el capítulo trabaja como unidad de análisis: i) Las Conferencias Juan César García, textos que permiten establecer cómo se emplean los mecanismos de legitimación de la MS/SC, en la esfera pública, para posicionar un pensamiento crítico y movilizar un poder simbólico. ii) Se destacan algunos aportes a partir de los resultados de esta investigación, puntos de vista y reflexiones que permiten reconocer las dinámicas y contextos en que se producen capitales cultural, político, económico.

La metodología empleada en este capítulo para el desarrollo del análisis se describe en las siguientes tres etapas:

1. El contexto y condiciones socio-históricas del desarrollado de discursos de la MS/SC. Se destaca el estilo de pensamiento y las formas de intervenir a partir de la idea “se hace sobre la vida” en la cual va implícita la salud. No involucra aspectos biológicos exclusivamente. Se asume el campo de la salud, como un campo de diversas batallas (Paim 1992,164) bajo la influencia de la estructura social; no persiste un punto de vista general, uniforme y universal sobre salud en los distintos países. En este apartado se reconstruye el contexto bajo el cual emergen las ideas, los análisis, las experiencias y las agendas por desarrollar.
2. Reseñas críticas de las conferencias Juan César García. Localizan una serie de categorías clave, en distintos momentos y contextos del desarrollo del estilo de pensamiento de la MS/SC. Bajo la técnica del Análisis Crítico del Discurso ACD, en perspectiva cultural-cognitiva la cual permite analizar e interpretar modelos y representaciones, los tejidos discursivos circulantes, los distintos grados de variación y aceptabilidad en los puntos de vista que las personas expresan a propósito del asunto que convoca el Congreso y lo posiciona frente al colectivo. (Ver el anexo 4).
3. El estudio del desarrollo de prácticas de la MS/SC entendiendo prácticas como aquellas acciones localizadas en el tiempo y en el territorio, sensibles a las inflexiones políticas, sociales, económicas concretas de una colectividad, así, en el caso de las prácticas en salud colectiva

“siendo susceptibles al mismo orden de alteraciones en la producción, distribución y consumo de servicios que afectan a la medicina individual, se encuentran, también en términos de sus estructuras del saber, en condiciones de poner en acción alternativamente múltiples posibilidades en respuesta a condiciones histórico-sociales específicas.” (Donnangelo, citada Paim, 159)

En este sentido, se destaca la importancia de pensar lo que significa la práctica contra hegemónica de la MS/SC y reflexionar sobre sus limitantes y posibilidades, en un contexto adverso; la implicación de la contra hegemonía para configurar una corriente de pensamiento con poderes simbólico.

El corpus del discurso de las CJCG aporta categorías que organizan y reorganizan el conocimiento, interpreta el macro discurso instituido y devela los intereses del capital,

Los saberes propios de los científicos de la MS/SC, dan cuenta de la formalización de categorías nuevas y se mantiene en la visualización textual el uso reiterativo de términos que señalan la postura de la corriente de pensamiento y los aspectos que reivindica.

Este corpus permanentemente se mantiene como campo científico, interpela la praxis social, y es motivante para generar prácticas y formas de combatir lo instituido desde allí propone y plantea transformaciones sociales. Como se presenta en seguida en cada apartado.

1. Medicina Social y Salud Colectiva. ¿La emergencia de un discurso contra hegemónico en salud?

Hacia finales de la década del 70 y principios de los 80 es la época en la que el sanitarista argentino Juan César García, convocó a una serie de seminarios latinoamericanos, en torno a la Medicina Social, (Rojas M. y Márquez, M. 2009) estos espacios fueron el antecedente principal que dio origen a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, fundada en el año 1984, en Ouro Preto, Brasil; sus propósitos fundamentales serían:

cohesionar y potenciar la corriente de la medicina-social en el continente y a proyectar en mejor forma su presencia en la problemática sanitaria por las vías de la investigación, la docencia, los servicios, el trabajo directo con grupos de población y la acción solidaria. (Acta fundacional 1984, 3)

Desde entonces, cada dos años se realiza el Congreso Regional Americano, en un país distinto, el nombre de la conferencia evoca la memoria de quien fuera un importante precursor de la MS/SC.

La contribución realizada desde América Latina al pensamiento y praxis de la medicina social, como se ha señalado a lo largo del texto es una historia marcada por el debate, y la argumentación política, generación de categorías, construcción de saberes y prácticas sociales, en un contexto de región caracterizado por el conflicto social y el conflicto armado interno en Colombia, cruzado por violencias e inequidades sociales.

A continuación en la tabla 30, se presenta una síntesis de información sobre aspectos que han caracterizado los Congresos bianuales realizados por ALAMES, lugar donde se socializan conferencias de JCG.

En la preparación del Congreso se definen de forma colectiva: nombre y ejes del Congreso, así como las temáticas de interés para el colectivo de la MS/SC y el país anfitrión. Estos contenidos tienen un peso importante en el contexto de la región al posibilitar los debates de mayor envergadura y profundidad, donde el discurso promueve un pensamiento crítico y militante. En relación con lo anterior la persona que realiza la CJCG, es reconocida por sus aportes en la MS/SC ya sean méritos académicos, investigativos o sus contribuciones en la praxis social y política.

Tabla.30

Congresos de Asociación Latinoamericana Medicina Social ALAMES

PAIS	AÑO	CONGRESO	NOMBRE EL CONGRESO
Ecuador	1972	Cuenca I	Reunión sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de Ciencias de la Salud
México	1981	I Seminario Latinoamericano de Medicina Social	La industrialización, la dependencia y la salud.
Nicaragua	1982	II Seminario Latinoamericano de Medicina Social	Tendencias y perspectivas de las Ciencias Sociales en la Salud
Ecuador	1983	Cuenca II	Tendencias y perspectivas de la investigación en Ciencias Sociales en Salud
Brasil	1984	III Seminario Latinoamericano de Medicina Social	Constitución de ALAMES
Colombia	1987	V Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Estado, Trabajo y Condiciones de Salud
Venezuela	1991	VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Proyectos Políticos y Alternativas de Salud en América Latina

México	1994	VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Desafíos de la medicina social en el nuevo milenio
Argentina	1997	VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Economía, Ciudadanía y Derecho a La Salud
Cuba	2000	IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Globalización, Reformas y Equidad en Salud
Perú	2004	X Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Salud: Un Derecho a Conquistar
Brasil	2007	XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Equidad, Ética y Derecho a la Salud: Desafíos a La Salud Colectiva en la Globalización
Colombia	2009	XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social	La Salud en la Agenda Política y Social de América Latina
Uruguay	2012	XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social	Aceleración, Acumulación y Despojo del Capitalismo Global: avances y retrocesos en la lucha por la Salud y la Universalidad de los Derechos
El salvador	2014	XIV Congreso Latinoamericano de Medicina Social,	Resistencia y alternativa al mercado de la salud
Paraguay	2016	XIV Congreso Latinoamericano de Medicina Social,	Radicalizar la Democracia con Poder Popular por la defensa de la Madre Tierra y el Derecho a la Salud como Buen Vivir

Fuente y elaboración propias

La ALAMES, desde su fundación ha construido un análisis crítico sobre aspectos de orden estructural, social y político y cómo ellos han influenciado en el pensamiento de la MS/SC, pero también en la crisis histórica e inédita de la región. Como señala la tabla anterior, el nombre de cada Congreso involucra un llamado a la controversia frente a lo que instituye el poder económico en la región.

Dentro del análisis crítico del discurso es clave identificar quienes son los actores. El actor es en esencia un agente-sujeto poseedor del conjunto de recursos materiales y culturales, capaz de acción individual o colectiva, comprometido con los principios de construcción, preservación y cambio social. Es un ser histórico que se define en su identidad, su sentido de alteridad y la manera cómo actúa en concordancia con sus condiciones. (Pardo 2007. 93).

En ese sentido la ALAMES convoca a investigadores, docentes, estudiantes de pre y posgrado y en el nuevo milenio a líderes y lideresas de movimientos sociales quienes trabajan alrededor de temas como la defensa del derecho a la salud, ambiente, trabajadores de la salud, todos ellos se constituyen como actores.

Como se observa en la tabla 30, cada uno de los Congresos adopta un nombre que representa la unidad discursiva y se realiza en un contexto inmediato, es decir, que desde el corpus del discurso se pueden evidenciar las categorías emergentes.

La columna uno, ubica los países, la sede de cada Congreso concuerda con criterios como: un contexto social y político crítico donde se espera que el Congreso del colectivo de pensamiento se convierta en un apoyo al grupo nacional gestor del evento, como se observa, todos los países de América latina, han realizado el Congreso, excepto Bolivia para el periodo de estudio, pues en 2018 fue Sede, en Centro América cuatro países: El Salvador, Nicaragua, Cuba y México, también existen países que han realizado en más de una ocasión el Congreso como son: Ecuador, Colombia, Brasil y México.

Las columnas dos y tres, referencian el año y secuencialidad de los Congresos, la columna cuatro señala el nombre del Congreso que corresponde al tema convocante.

Desde el ACD el nombre del Congreso forma parte de la estructura discursiva y desempeña una función cohesiva y constructiva en el discurso. En el término salud aparece la estructura cohesiva, en tanto corresponde al nexos que establece la relación con los demás contenidos. Y también es constructiva pues en toda la oración que constituye el tema, se generan las redes conceptuales que sustentan el discurso, establece un procedimiento esencialmente comprensivo; el momento del co-texto introduce la posibilidad de construir un objeto discursivo y la comprensión de los sujetos.

Otra forma de comprender el discurso que subyace a estas nominaciones de los Congresos es su carácter contra hegemónico, expresado como una contradicción al sistema de dominación política y económica, que emerge y se sostiene en el tiempo.

Cabe señalar que la hegemonía discursiva establece la legitimidad y el sentido a temas, e ideologías que predominan y tienen el grado más alto de legitimidad en el discurso social global o en uno de sus sectores. (Conein 1981 34) Entonces la forma como se nomina cada Congreso es un llamado a la afectación de esas entidades discursivas para modificar la posición de influencia o de prestigio desde una corriente de pensamiento diferente y por ello busca ser argumentada y validada entre el colectivo.

Sobre el contenido de cada Congreso las dos reuniones de Cuenca (I y II) hacen una alusión directa a las ciencias sociales, en el primero su relación con los procesos académicos y en el segundo las tendencias que apuntaron a interactuar con la salud. Es posible que la visión de lo social y lo colectivo se haya fortalecido en esas reuniones, pues los participantes fueron docentes e investigadores de trayectoria en el pensamiento

crítico, y ciencias sociales; las declaraciones de estas reuniones, fueron orientadoras en la formulación de programas y de asignaturas, a nivel de estructuras curriculares en pre y posgrado, había allí una clara intencionalidad de fortalecer los saberes de la medicina con apoyo de las disciplinas sociales.

En la década de los años 80, la crisis económica afectó al mundo del trabajo modificando buena parte de las protecciones sociales dando curso a la flexibilización laboral, en razón de ello, dos de las conferencias convocan a debatir sobre Estado, trabajo e industrialización.

En los años 90, las temáticas de los Congresos, se concentran en los proyectos políticos y alternativos de salud, los desafíos en el nuevo milenio y se avizoran los cambios en el modelo de Estado, así como la primera reforma a la salud, son términos claves: economía, ciudadanía y derecho a la salud.

Para la década del 2000, es claro el proceso de mercantilización de la salud, reducción del Estado y entonces el discurso de la asociación se instala en la conquista del derecho a la salud, desafíos en el marco de la globalización, la salud como agenda política para la región y derrotero de la ALAMES.

Los congresos posteriores al 2012, adicionan al componente de salud, dos elementos: el tema ambiental y la resistencia social frente al mercado de la salud. Estos congresos han dado apertura a la participación de movimientos sociales vinculados a temáticas como el ambiente, la defensa de la salud como derecho y el género.

Otro elemento para destacar en el análisis de la estructura temática incluye, de acuerdo con Daneš (1974,87), la identificación de la forma en que progresa linealmente el discurso. Lo que se encuentra en el contenido temático de los Congresos es que el objeto salud es reiterativo, es el permanente, hay una coherencia en relación con que el tema convocante sigue siendo el objeto salud y sus transformaciones son evidentes desde una visión económica, social histórica y de la salud como derecho, que se adicionalmente se profundiza al interior del Congreso mismo con las ponencias y paneles centrales así como como con la socialización de experiencias investigativas.

Una jerarquización del contenido de los términos que incluyen los temas trabajados en cada congreso, permite encontrar una conexión con el Estado; son evidentes con la primera y segunda reforma del sector y en general el modelo económico, de esta forma el título y la estructura de los ejes temáticos en cada congreso son un recurso para la comprensión y desentrañamiento del tópico discursivo y los subtemas corresponden a las grandes estructuras afectadas como son: el empleo, la crisis

de la industrialización, el ambiente, la privatización de los servicios de salud. La hilaridad discursiva permite ubicar las unidades conceptuales: el derecho a la salud, la equidad y el metabolismo social, los discursos además de interpretar y dar contenido categorial al estilo de pensamiento convocan a la acción política, la resistencia, las agendas para el ejercicio de la ciudadanía.

Como se ha indicado cada Congreso hace un reconocimiento a las aportes y memoria de Juan César García, y en las 11 conferencias reseñadas para este trabajo, el discurso lleva implícita una agenda para los integrantes de la ALAMES, en relación con los contenidos y prácticas que son desafíos en el marco de las disyuntivas provocadas por el modelo económico al contexto social de la región, en la la tabla 31, una síntesis de lugar, año y conferencista invitado.

Tabla 31

Conferencias Juan César García- Congresos ALAMES, 1987-2016

Lugar	Año	Conferencista
Colombia Medellín	1987	Giovanni Belinguer
Venezuela Caracas	1991	Asa Cristina Laurell
México Guadalajara	1994	Saúl Franco
Argentina Buenos Aires	1997	José Carlos Escudero
Cuba La Habana	2000	Edmundo Granda
Perú Lima	2004	María Urbaneja
Brasil Salvador de Bahía	2007	María Isabel Rodríguez
Colombia Bogotá	2009	Catalina Eibenschutz
Uruguay- Montevideo	2012	Jaime Breilh
El Salvador- Salvador	2014	Eduardo Espinoza
Paraguay- Asunción	2016	Armando De Negri

Fuente y elaboración propias

Como se puede observar en la tabla anterior, de las 11 conferencias reseñadas, cuatro de ellas han sido realizadas por mujeres y siete por hombres, en este grupo se encuentran seis académicos- investigadores, y tres académicos- académicas, que han asumido cargos públicos de importancia como Ministerios de Salud, en El Salvador, Directora Distritales de Servicios de Salud en México y una diplomática venezolana. Estos ejercicios de participación en política obedecen a la militancia en partidos políticos provenientes de la izquierda o sectores democráticos que llegaron al poder en el marco de los llamados gobiernos progresistas o alternativos en la región.

En adelante se retoman los tres ejes propuestos en la metodología para el análisis sobre las categorías y las prácticas que van dando sentido al estilo de pensamiento de la

salud colectiva, es decir, con mayor detenimiento, cómo en la búsqueda de un discurso y práctica contra hegemónicas, se cruzan los contextos, las perspectivas teóricas, las interpelaciones de los movimientos sociales o de las comunidades, para optar por un tipo de categorías y prácticas, frente a otras opciones. Y saber ¿Qué prioriza la salud colectiva desde el espacio de ALAMES para constituirse en un poder simbólico contra hegemónico?

Desde el ACD, cabe señalar que existen en el campo de los discursos sociales dos aspectos, interesantes de señalar frente a las CJCG, los rituales discursivos, que se expresan en la manifestación de un discurso público, desarrollado en lugares comunes como Congresos, Asambleas, Cursos, que se expresan desde porta voces quienes son especialistas entre poblaciones, comparten un nicho, por lo tanto utilizan términos exclusivos del colectivo para designar objetos, premisas que caracterizan al grupo en particular.

2. La batalla en el campo del poder simbólico

Como se ha mencionado, el trabajo de análisis parte de reconocer que un estilo de pensamiento, con las características de la MS/SC está inserto en la lucha por el poder simbólico, en palabras de Bourdieu “es un poder en construcción de la realidad que tiende a establecer un orden gnoseológico” (Bourdieu 2016, 5).

En el terreno que nos ocupa, una visión funcionalista los símbolos hacen posible el consenso sobre el sentido del mundo social (función social); sin embargo, desde una perspectiva marxista, se privilegian las funciones políticas, es decir, que las producciones simbólicas responden a los intereses de la clase dominante (Bourdieu 2016, p7), contribuyendo de este modo a la dominación de una clase sobre otra por lo cual la definición del mundo social se impone.

En atención a la premisa de ubicar si las CJCG apuntan a la deconstrucción de ese poder dominante y hegemónico, anuncia como la creación de un estilo de pensamiento el de la MS/SC, si bien, es un proceso en construcción, no es ajena a ser un espacio teórico y práctico en el que se lucha por el lugar que la vida tiene en las sociedades capitalistas contemporáneas, es decir, que su origen no es una abstracción, sino precisamente surge de una posición ideológica que cuestiona tanto la teoría como la práctica, al contribuir a hegemonizar una visión de la salud y, por lo tanto de la vida.

En este sentido, Edmundo Granda (2000,7), identifica la posición crítica de la MS/SC frente a la salud pública:

La salud pública tradicional priorizó la razón instrumental y la norma estatal para alcanzar la salud colectiva, pero ahora requiere visualizar, en primer término, la vida, la ética y la política, como fines y medios capaces de movilizar voluntades, culturas y conocimientos dirigidos hacia el logro de la salud y la equidad. (Granda 200, 8)

Bajo esta mirada, Edmundo Granda, precisamente iniciando un nuevo siglo, ante sus previsiones, enfatiza los horizontes de acción de la MS/SC, frente a lo cual señalaba que el siglo anterior encomendó al salubrista la tarea de administrar las instituciones y los recursos públicos estatales dirigidos a la salud, pero la medicina social no sólo necesita en este momento administrar las instituciones y recursos, sino comprometerse ética y políticamente con los diversos actores democráticos de la sociedad y el Estado, en la defensa de esas instancias, en la reforma de las mismas, y en la ampliación y diversificación de las acciones y responsabilidades sociales y económicas con la salud (Granda 2000, 9).

Esta apuesta contempla una posición ideológica y política que permite identificar elementos críticos referidos a la generación de teoría y práctica, pone en duda e increpa a la salud pública convencional y mantiene la disputa desde la epistemología que propone otra mirada del objeto salud en cual él y otros autores han desarrollado análisis de importancia.

También Granda destaca las propuestas de los movimientos de” resistencia feministas, que luchan por que las diferencias de género no se transformen en inequidades. El papel de los Movimientos nacionalistas que caminan hacia la construcción de instituciones políticas y nuevas formas de soberanía. Movimientos étnicos que habiendo nacido desde la resistencia a la opresión, convocan más tarde a otras identidades también dominadas. Medioambientalistas que se engarzan en luchas ecológicas más amplias y plantean la integración de la humanidad con la naturaleza” (Granda 2010, 12).

Entonces las búsquedas contra hegemónicas que proponen desde el discurso los portavoces de esta corriente de pensamiento en el marco de las CJGC, están dirigidos hacia:

2.1. Un modelo contra hegemónico

La experiencia latinoamericana tiene sus matices propios con respecto a la experiencia europea o norteamericana, la primera de ellas: la profunda raíz marxista de nuestra corriente de pensamiento (Franco 2009), sustentado en cuatro características que deberían orientar la acción de la medicina social en nuestra región. Son ellas:

a) El compromiso político con el cambio; b) el reconocimiento de la salud- enfermedad como acontecimiento social, con todas sus implicaciones conceptuales y políticas; c) el papel de la ciencia en la construcción del campo disciplinar; y c) la indelegable responsabilidad del Estado en el campo de la salud. (Franco 2009,11)

La construcción de un pensamiento crítico en salud desde Latinoamérica, es analizado por María Isabel Rodríguez, Salvadoreña, una mujer con gran reconocimiento en la MS/SC, por su solidez académica, su contribución a la MS/SC como funcionaria de OPS, Ex Ministra de Salud comprometida y asesora presidencial. Ella analiza en la trayectoria histórica que se mantiene un nexo coherente frente a las búsquedas comunes del colectivo, desde las reuniones previas a la consolidación de ALAMES como Asociación y espacio de encuentro y debate.

“Las dos reuniones de Cuenca, 1972 y 1983, lideradas por Juan César García y respaldadas por la OPS constituyen, sin duda, la piedra angular de esta corriente. Allí se exploró, analizó y prefiguró la presencia y el desarrollo de las ciencias sociales en salud, con robusta fundamentación en el materialismo histórico. Y aparecen ya allí varios de los nombres que le han ido dando consistencia y coherencia al pensamiento médico-social latinoamericano: Cristina Laurel, Mario Testa, Carlos Bloch, Hesio Cordeiro, Everardo Duarte, Sonia Fleury, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Pedro Luis Castellanos. A mitad de los setenta dieron muestra de vigor y creatividad intelectual las tesis pioneras de Alberto Vasco en 1973 sobre salud, medicina y clases sociales; de Sergio Arouca en 1975 con una crítica de fondo al modelo preventivista, y de Jaime Breilh en 1976 confrontando la epidemiología dominante y poniendo las bases de la que él mismo ha denominado epidemiología crítica” (Rodríguez 2014,6)

Conceptos centrales

Este periodo de construcción de un pensamiento crítico en salud, sentó una de las primeras bases, o, mejor dicho, una posición, así, señala María Isabel Rodríguez que el Comité de 1974 marca una inflexión en el abordaje de la salud pública a la medicina social. Por primera vez se profundiza en esas reuniones en la definición del objeto de la Medicina Social.

El Comité estuvo de acuerdo en “considerar como objeto de la medicina social el estudio de las acciones en medicina, entendiéndose por tal el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud. Teniendo este objeto como su preocupación principal, la medicina social trata de estudiar la sociedad, de analizar las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica.” (Rodríguez 2007,5)

Al respecto de este proceso de construcción de la MS/SC, resulta relevante el comentario de Armando De Negri, quien señala que esta cimentación de la medicina social, podría ser caracterizada por la introducción de la política en el campo de la salud:

permítanme ponerlo de esta manera sobre todo porque me parece que, ahí tomo la definición de Gramsci sobre política, me parece de lo que se trata de hacer allí en la medicina social es la construcción de una ética colectiva y Gramsci representa, justamente, la política una ética colectiva. Si la política es la construcción de una ética colectiva, la medicina social latinoamericana ha contribuido a construir este sentido de ética colectiva. (De Negri 2016, 6)

Como se puede observar el campo de conocimiento de la MS/SC tiene en la década de los años 70 un periodo de búsqueda epistémica y política, al mismo tiempo que de organización, la cual refiere al encuentro de pensadores y pensadoras que inician el proceso, desde diversos frentes, de ir consolidando y validando el estilo de pensar y actuar en relación a la salud y la vida, donde precisamente la construcción de una ética colectiva es un factor necesario y relevante para enfrentar los embates que los próximos años representarían para la MS/SC.

De este corpus discursivo es posible comprender y compartir desde el concepto de habitus como la MS/SC, en su discurso orienta y organiza el saber y las prácticas científicas en un capital transcendente en términos de Bourdieu. Se destaca la apropiación del corpus que permite comprender y saber qué piensan y comparten los miembros de un determinado grupo o grupos en torno a un asunto fundamental para su comunidad; y que reiteran permanentemente.

2.2. Una próxima década, los años 80

Edmundo Granda, en su balance con relación a la naciente medicina social, refiriéndose a las primeras décadas de su construcción y fortalecimiento, señalaba que esta vivió un momento caracterizado por el intercambio de conocimientos entre grupos de investigación y docencia, fundamentalmente ubicados en las universidades, que ratifican el papel determinante de lo social y económico sobre el comportamiento de la

salud-enfermedad y sobre las respuestas sociales en este campo, como lo demostró la segunda reunión de Cuenca, en 1983. (Granda 2009,8) Identificando las particularidades del pensamiento crítico en distintos ámbitos de la salud, mencionando que:

- La epidemiología crítica va ganando un sustento social al introducir desde el materialismo histórico las categorías producción y trabajo como ejes del pensamiento.
- Igual ocurre con la administración en salud, la misma que también amplía su horizonte de visibilidad hacia el ámbito del análisis del Estado, la política, la crítica a la planificación tradicional, las tecnologías en salud.
- El área de la educación del personal de la salud es considerada como un espacio de producción de ideologías y de talentos, profundamente determinada por lo que ocurre en la formación económica social

Sin embargo, este fortalecimiento de un pensamiento y acción contra hegemónicos, originados bajo nuevos vientos de esperanza, también se desarrollaban bajo los cambios políticos que requerirían nuevas formas organizativas y creativas para salir adelante. Si los años 70 representaron para las sociedades latinoamericanas un momento de posibilidad de la transformación social, también representaron un momento de imposición de procesos políticos autoritarios, con dictadores o regímenes autoritarios.

Para Giovanni Berlinguer, había una ofensiva internacional para transformar el Estado de Bienestar en un “sistema marginal”, que garantiza el mínimo vital (sin vida, muchas veces) a los grupos más pobres de la población, y deja a la competencia, al seguro privado, al “estilo de vida”, la salud y la defensa social. A lo que Jaime Breilh agrega que si bien esa lógica tuvo cierto contrapunto o freno mientras rigió el contrato social, en cambio a partir de los años 80 se desataron tres agresivas estrategias que tienen un profundo impacto sobre la vida y la salud:

“a) una recomposición productiva basada en una revolución tecnológica sui generis para acelerar y amplificar la capacidad de ganancia; b) en ciertos espacios, el despojo radical de los recursos vitales alimentarios, minerales y energéticos por la vía militar o por medios fraudulentos como la imposición de agresivos tratados comerciales; y c) por medio del aprovechamiento oportunista de los desastres naturales y episodios del shock social que vulneran la capacidad de resistencia y defensa de los pueblos. Los resultados de varias décadas de impulsiva aceleración están a la vista y se reflejan en una crisis múltiple de la reproducción social en el capitalismo: crisis económica, financiera; crisis cultural; crisis sanitaria y crisis ambiental”. (Breilh 2014.12)

Así, en América Latina estas crisis sirvieron para imponer bajo una u otra forma los proyectos neoliberales, cuyo impacto en cada país representó retos políticos e ideológicos en todos los ámbitos, incluido el de la salud, por ejemplo, Cristina Laurel menciona que el caso de México es ilustrativo de ese proceso.

Así, entre 1982 y 1989, la parte del ingreso nacional disponible correspondiente al trabajo bajó del 41,7 por ciento al 27,7 por ciento, mientras que la parte apropiada por el capital subió del 48 por ciento al 65 por ciento. El mecanismo central que ha permitido esta espectacular redistribución de la riqueza social es una depresión salarial del orden del 50 por ciento. A la depresión salarial se añade el incremento vertiginoso del subempleo y el desempleo, y juntos explican el proceso de empobrecimiento generalizado de las clases trabajadoras.

El resultado de la política social en el ámbito particular de la salud ha sido el incremento de la desigualdad en el acceso a los servicios, el deterioro acelerado de los servicios del sector público y paraestatal, y un conflicto laboral grave en ellos, provocado por la descalificación del trabajo, las malas condiciones de trabajo y el deterioro salarial. (Laurell1997,6)

En el caso de Brasil, el testimonio de Sonia Fleury indica que:

A diferencia de otros lugares, en Brasil la dictadura fue desarrollista, querían hacer cosas, fue el gobierno y también acciones internacionales que dieron posibilidad para crear un sistema de salud en un sitio alejado en Mina Gerais, gobierno internacional bueno técnicamente base técnica del estado y la asesoría política institucional Sergio Arouca convoca a los que tenían posiciones institucionales, graduados y docentes de medicina social, a reuniones clandestinas en dos días, en casa de Sergio y de Sonia, por la represión inicios de los 70. La pregunta era ¿Qué hacer para mantener la gente profesional y función pública, ¿por la represión y la policía los sacaban del trabajo. Se montó una red, financiaciones de OPS, consultoría en Sao Pablo, mantenerse todos, experiencia de organización política, militante del partido comunista, optado por la democracia, organizados. (2016, entrevista personal)

O en el caso de Chile, María Matamala señala:

desemboca toda esta organización en el proceso de la unidad popular que hizo Salvador Allende con su gobierno en los 70's y allí se produce a nivel entonces de una tremenda movilización de los sectores poblaciones, se produce una demanda por salud, podríamos decir en el nivel de atención primaria en salud. Comienzan las tomas de terreno en donde, cuando se instala una población de emergencia con carpas con cartones, como eran las tomas de terreno de los sectores sin casa; siempre durante ése período se organizan los comités de salud al interior de esas poblaciones. Incluso se organizan una suerte de consultorios donde allí médicos y médicas y otros profesionales de la salud como enfermeras, como matronas y educadoras y educadores de la salud se incorporan en el apoyo a esos consultorios y se da a la vez, como ya desde lo estatal, se produce una movilización a lo largo del país con recorridos de lo que se llamaba el tren de la salud que, se extiende a lo largo de Chile y que va con una gran cantidad de educadores y educadoras de la salud y profesionales, sensibilizando a la población y, e incorporándolas en los procesos de interacción entre lo que era, eh digamos la red estatal con lo que era la población organizada.

Y eso fue, yo diría, una tremenda contribución a lo que podríamos decir la cultura sanitaria y ciudadana de la época que fue tan fuerte que durante la dictadura cuando se intentó retroceder -porque ahí me falta algo que ya te lo voy a decir- los retrocesos, la población de alguna manera se defendió frente a esos retrocesos que buscaba imponer la dictadura. En la dictadura se incorpora la noción de salud como parte del mercado, como bien de mercado y empieza a producirse esta emergencia, esta introducción de capital transnacional en la atención en salud y se modifica la constitución y la constitución del 80' de la dictadura elimina de su texto el derecho a la salud e introduce el derecho a la atención de salud. Y por lo tanto el derecho a la atención de salud puede ser o en el sector público o en el sector privado. (Matamala, 2016, entrevista personal)

Las diversas formas de enfrentar la crisis generada por la imposición de una nueva fase del capitalismo, el neoliberalismo, sostenido bajo la mano del autoritarismo y el terrorismo de Estado, generaron un contexto de nuevos desafíos ideológico-políticos para continuar en la lucha por la dignificación de la salud, cada país con sus particulares vivió estas dificultades que imponía el modelo económico acompañado del terrorismo de Estado.

Los desafíos teórico-ideológicos y políticos para la MS/SC

Esta época que representó profundas crisis y cambios sociales en los diversos países de Latinoamérica, en la medida en que se terminaban los gobiernos dictatoriales y autoritarios, les representaban a las sociedades diversas transiciones, políticas (construir la democracia), culturales, económicas, institucionales, contexto desde donde se tenía que continuar y reconstruir los distintos espacios para crear y difundir el pensamiento y la práctica críticos en salud. Como podemos observar en el siguiente testimonio, había tres frentes por donde continuar esta lucha:

- 1) Queríamos construir un espacio de producción y discusión conceptual sobre la naturaleza y dinámica sociales de los fenómenos de la salud y la enfermedad; sobre los órdenes de determinación de dichos fenómenos; sobre el papel del Estado en salud y los sistemas de prestación de servicios de salud en nuestros países.
- 2) Queríamos configurar un espacio y desarrollar unos mecanismos de acción y movilización política en salud de signo contrario al dominante, partiendo del reconocimiento de que la salud es un derecho humano fundamental y no una obra de misericordia, una dádiva del gobernante o una mercancía sujeta a la compra-venta y, por tanto, disponible para quienes tengan con qué comprarla y esquiva o negada para quienes no puedan hacerlo.

3) Y quisiéramos apostarle además a la búsqueda, todavía hoy inconclusa, de formas de articulación, organización y coordinación regional para hacer posible una expresión colectiva, una presencia consistente y una cierta eficacia en la acción, sin desconocer las diferencias de historias y tendencias tanto al interior de cada país como en el conjunto latinoamericano. (Franco 2009, 5)

Las reflexiones de Jaime Breilh (2012) permiten comprender cómo se materializan las intenciones arriba mencionadas por Saúl Franco, así en el campo de la producción y discusión conceptual señala que,

Para los años 80 avanzamos hacia el segundo período de diversificación de los objetos y de los sujetos de la salud, de avance instrumental y de institucionalización. A mediados de los 80 arrancó una década de agresiva recomposición y ajuste del sistema productivo, de severa desregulación jurídica, demolición de derechos y neoconservadurismo cultural. En el polo dominante de esa sociedad neoliberal se instauró una visión de disolución del Estado central y descentralización; en sinergia con lo anterior se implementó una campaña permanente para demoler el derecho a los bienes y servicios públicos, para poderlos mercantilizar y transferirlos a empresas privadas, ofreciendo como compensación a las clases más golpeadas un paquete focalizado de servicios mínimos entre los que se inventó con extremo cinismo la llamada “seguridad universal”. Es decir, según esa lógica que impregnó muchos programas y publicaciones de la nueva gerencia en salud, ya no había derechos y bienes públicos sino servicios como mercancías -como eran los seguros privados y servicios de salud- para ofrecer a clientes. (Breilh 2012,14)

Sin embargo, el mismo Breilh cuestiona algunas debilidades sobre lo que se comienza a producir teóricamente, pues estima que hay un excesivo culturalismo que le resta fuerza a los aspectos estructurales que merman las condiciones de vida,

Detengámonos un poco en la crítica del clima cultural e ideológico de este periodo pues tuvo consecuencias nefastas sobre el derecho y las concepciones de salud. Mientras en el período formativo de los 70 el énfasis estaba puesto en la construcción emancipadora de la salud como objeto, las circunstancias nos empujaban ahora (años 80) a re-trabajar la salud como sujeto de praxis. Y así en la salud colectiva se nos abrieron nuevos horizontes de visibilidad, y aparecieron valiosos libros y artículos sobre género y etnicidad en salud que proponían nuevos instrumentos metodológicos para incorporarlos en las ramas de la epidemiología, la teoría del Estado, el saber y la comunicación. (Breilh 2016,8)

Retos y desafíos Cristina Laurell en la conferencia Juan César García de 1991, presentó un balance sobre una década que, como pudimos observar, representó mayor crisis y deterioro sociopolítico, frente a lo cual, la autora, proponía diversas rutas desde dónde enfrentar nuevos desafíos desde y para la MS/SC, entre las que señaló:

- Proponer una orientación global de la política sanitaria que recupere los derechos sociales y, en este marco, delinear los principios estratégicos encaminados a solucionar los problemas de salud.
- Plantear una política sanitaria basada en una concepción social de la producción de la salud colectiva...
- Evitar que la integración de las instituciones traiga como resultado un deterioro todavía mayor de los servicios por una repentina sobrecarga de demanda y falta de preparación administrativa y técnica...
- Incrementar el impacto de la acción institucional en la salud colectiva significa enfatizar la prevención y promoción de la salud y el primer nivel con la atención máxima e integral a problemas claves (...) se requiere del crecimiento armónico de los tres niveles de atención y la construcción de un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Establecer un sistema con cuerpos de planeación democrática que fije los lineamientos generales de política social y los objetivos de transformación, y los somete a la aprobación del poder legislativo

Al interior de la MS/SC, ocurre un acontecimiento lamentable en 1982, la muerte de Juan César García, los académicos en Ouro Preto fundan ALAMES en reconocimiento a este pensador ícono entre la medicina social y en sí mismo un poder simbólico, que desde su lugar como burócrata en OPS movilizó su capacidad investigativa y administrativa a favor de la investigación rigurosa, los planteamientos concretos de la medicina social con apoyo a centros educativos.

El triunfo del SUS en Brasil, fue un hecho de interés y de esperanza para otros países, el actor principal lo constituyó El centro brasilero de Estudios de Salud, conformado gracias a la influencia cada vez mayor que ejercía la Reunión Anual de la Sociedad Brasileira para el Progreso de la Ciencia (SBPC por sus siglas en portugués), donde se exigía, la redemocratización del país, un medio mediante el cual se estaba organizando la academia brasilera para exigir el cese de la dictadura. –y es precisamente desde la SBPC que surge la propuesta para la creación del Centro Brasileiro de Estudios en Salud (CEBES).

El CEBES es visto al principio como un medio para el lanzamiento de la revista *Saúde em Debate* pero en realidad se trataba de un vehículo institucional para facilitar la circulación del pensamiento crítico en salud originado en aquellos tiempos y plasmado en los volúmenes de la entonces nueva revista. Es así como se dan a conocer con mayor profundidad las ideas y las figuras de Sergio Arouca, Gentile de Mello y Mário de Vitor de Asis Pacheco, es así como el CEBES se configura como la piedra angular del movimiento sanitarista y preventivista brasilero (Escorel, 2009,18).

Así, “podemos afirmar que la reforma sanitaria brasilera nació en la lucha contra la dictadura, con el tema de Salud y Democracia, se estructuró en las universidades, en el movimiento sindical, en el movimiento popular, y en experiencias regionales de organización de servicios” (Freitas, 2011, 5).

Este conjunto de organizaciones conformó un movimiento social muy grande que terminó consolidándose en la octava conferencia nacional de salud de 1986, donde se discutió, gracias a los más de cinco mil representantes de la sociedad civil, un nuevo modelo de salud para Brasil. Durante esta conferencia, se debatió y definió el concepto de salud como un derecho de todos los ciudadanos y cuya garantía recae como responsabilidad en el Estado. Abanderando esta iniciativa, desde el movimiento sanitarista se buscaba ver el papel de la salud como “sensor crítico de las políticas económicas y de otras políticas sociales en desarrollo, donde se vuelve fundamental el concepto de la intersectorialidad”. (Freitas, 2011, 12)

El movimiento brasilero fue un motor movilizador no solo por un discurso que impone la valoración del derecho a la salud como ejercicio democratizador, si no por que trasciende con la fuerza de un movimiento popular a la materialidad de un Sistema Único Salud. Para el movimiento de salud colectiva y para los militantes y académicos de la MS/SC fue un hito en medio de las reformas del Estado de bienestar Europeo y del seudo bienestar latinoamericano.

2.3. El embate neoliberal, brechas de inequidad

¿Cuál era el panorama para la próxima década? En la década de los 90 se celebraron tres Congresos de ALAMES, en cuyas conferencias centrales, encontramos momentos clave del contexto bajo el que se construye y continúa la MS/SC.

Cristina Laurell en el año 1991, señalaba a principios de la década que la imposición de los proyectos neoliberales en las sociedades latinoamericanas, significaron una redefinición de las relaciones entre las naciones y, sobre todo, enfatiza, entre el capital y el trabajo, donde los valores de fondo de esta ideología son el mercado, la competencia y la desigualdad. Para este momento, en relación a la salud, la certeza era que la universalización de la seguridad social y la ampliación de sus beneficios, enuncia una política restrictiva y discrecional de caridad pública, ante lo cual Laurell sentencia, “que se presente a esta política como de Combate a la pobreza o, incluso, como «solidaria», no cambia en nada su esencia”. (Laurell 1991,89)

En este periodo, Laurell señala que el discurso del neoliberalismo fue exitoso incluso entre las fuerzas progresistas, por un lado porque su propuesta económica ha logrado credibilidad como la única solución factible frente a la falta de coherencia, convincente, de las soluciones alternativas de las fuerzas progresistas y de izquierda y por otro lado, por su discurso antiestatista, que rechaza la burocratización, el autoritarismo, la centralización, pero cuyas soluciones para solucionar esta función del Estado,

Por otro lado, Saúl Franco a mediados de la década agrega a este panorama nuevos elementos para lo que él llama Los saldos rojos del final del milenio, los que engloba en cuatro grandes problemáticas: la inequidad, la in-seguridad social, la violencia, el creciente deterioro ambiental.

Hacia el final de la década, Juan Carlos Escudero a cargo de la Conferencia Juan César García, en Buenos Aires 1997, hizo también hincapié en las herencias del milenio que terminaba, señalando que el siglo cierra con un gran brote de narcisismo colectivo:

Estimulado por las industrias lucrativas, que van desde los medios hasta la moda, el homo sapiens de la posmodernidad de fin de siglo —que parecía haber abandonado un sentido trascendente de la historia y la vida— tiene pocos impulsos solidarios, generosos o caritativos. Aparentemente convencido de que la vida no es otra cosa que la sucesión de instantes que deben “gozarse”, cada uno por separado, al máximo, e impulsado por la posmodernidad a lo efímero y lo fragmentario, este individuo incrédulo, escéptico, que se siente impotente ante las fuerzas que condicionan su vida, se lanza a consumir drogas como nunca antes en la historia. (Escudero 1997,8)

Aunado a este individualismo exacerbado, analiza el panorama sanitario mundial y latinoamericano, que desafía a la sapiencia, la voluntad y la ética de los trabajadores de la salud, encontrando que

Diez millones de personas en el mundo mueren todos los años a causa de la desnutrición combinada con infecciones y parasitosis; tres millones mueren de tuberculosis; dos millones de paludismo. La mayoría de estas muertes son evitables con insumos de conocimientos, tecnología y capital mínimos. (Escudero 1997, 11)

Los desafíos teórico-ideológicos y políticos para la MS/SC al final del milenio.

Siguiendo la argumentación de Jaime Breilh, los años 80 representaron una diversificación en la producción de conceptos y categorías, donde la categoría **género** derivada de la fuerza que tomaron los movimientos feministas, fue central. Para este autor, en los años noventa el levantamiento indígena fue una conmoción intelectual

radical y total, donde lo etnocultural se tornó central, tomando gran fuerza el concepto de interculturalidad. En América Latina, durante la década del 90 del siglo pasado se hicieron visibles diversos movimientos indígenas cuyas demandas por justicia social estaban vinculadas, mejor dicho atravesadas por cuestiones socioculturales, simbólicas, de organización social, de tradición histórica, de diversidad lingüística, de territorialidad. En los cinco países latinoamericanos que concentran más del 80% de la población indígena de la región (Bolivia, Perú, Ecuador, Guatemala, México) emergieron movimientos indígenas durante la última década del siglo XX, lo mismo en Colombia y Chile.

Las reformas estructurales implicaron básicamente abrir las economías nacionales a la competencia extranjera, reducir la función de los estado-nación, la flexibilización laboral.

Ajustes que además implicaron políticas que mermaron la vida de las comunidades indígenas al liberalizar los mercados de la tierra, no se controlaban los precios de los productos agrícolas, se favorecen las exportaciones, se liberaliza la mano de obra y esto “modificó el empleo rural” (Guerrero y Ospina, 2003,49)

Así, la modernización económica de los diversos países latinoamericanos ya había representado para los pueblos indígenas inequidades de larga duración, en este periodo histórico se agudizan las contradicciones y ahí es donde convergen o se confrontan las reivindicaciones de los movimientos indígenas y las políticas de ajuste estructural. concepto que en palabras de este pensador se tornó fundamental porque:

no solamente teníamos que ser críticos dentro de la propia tradición académica <<de occidente>> sino también tener a punto un debate sobre las potencialidades emancipadoras de la interculturalidad y de la construcción de una meta crítica del sistema capitalista desde varias miradas culturales, para contrarrestar el epistemicidio que se pudo haber dado de pensamientos no occidentales y no alopáticos, en el caso de la salud, sino desde otras vertientes desde el pensamiento tanto terapéutico como también de la medicina social y de la agroecología, de los modos de vivir preventivos que tienen ciertas culturas, sumado a toda la visión crítica que hemos estado construyendo en la academia.(Breilh.2014, entrevista personal)

Retos y desafíos

El panorama de esta década representó un agudizamiento de las crisis iniciadas en los 80 y por lo tanto trajo nuevos retos para la construcción de un pensamiento y una práctica críticos en salud. Así, al cierre de las conferencias Juan César García,

encontramos algunas de las propuestas de los autores, las cuales podemos englobarlas en los siguientes tópicos:

Abrir las epistemologías para nuevos ciudadanos de la salud, lo que implicaría:

–El avance hacia una nueva manera de pensar y actuar en salud exige una superación de los saberes unidisciplinarios y de las prácticas únicas y excluyentes, hacia saberes transdisciplinarios y prácticas múltiples. No podrá persistir entonces el veto autoritario y descalificador a la bioenergética y a la acupuntura, a la utilización de la música y el color, ni la validez del saber dependerá sólo de su textura lógica

–Lo anterior exige nuevos sujetos sanitarios; es decir, personas con una mente renovada, más próximos a los escenarios naturales de la vida colectiva que confinados en hospitales y consultorios No serán, por lo tanto, recursos humanos de salud, sino sujetos sociales, ciudadanos por la salud (Franco, 1994,22)

Recuperar lo político de la salud

La degradación de la política y la hegemonía bioclínica han devaluado y ocultado la esencia política de la salud. Recuperarla es otra de las tareas en la construcción del nuevo modelo sanitario (Franco 1994,14)

Seguimos apostando a la democracia, como cuestión táctica y estratégica, como forma de ejercicio del poder y como pauta de convivencia. Si la democracia es una especie de equidad en lo político, puede ser el sistema que mejor garantice el avance hacia la plena equidad, prerequisite esencial de la salud y el bienestar. (Escudero1997,11)

El estímulo a formas de autocuidado y gestión local de los recursos de salud — aunque los recursos deben fluir de la riqueza a la pobreza haciendo «acción afirmativa»— y a la participación popular en todas las formas organizativas

La planificación de la salud desde la oferta, de manera que estas necesidades se satisfagan, y no desde una demanda mercantil en la que pesan los ricos y los proveedores de la industria de la salud.

Una agenda por la vida

Una agenda por la vida puede ser un proyecto y un instrumento útil y eficaz que incluya y trascienda los intereses y las preocupaciones del personal y el sector tradicionalmente considerado de salud, y convoque y active a la sociedad en su conjunto. Debe contener los puntos comunes esenciales para garantizar, mediante la superación de las inequidades y los problemas enunciados, la sobrevivencia digna, la convivencia ciudadana y el equilibrio y el cuidado ambiental. Su construcción demanda una acción internacional debidamente

coordinada y programada, liderada por un amplio movimiento de ciudadanos del mundo que compartamos la prioridad de la vida y la posibilidad del bienestar. (Escudero. 1997,13)

Este discurso incluye los contenidos de la inequidad y de la importancia de la vida, es una década de agudización de una de las crisis capital y por lo tanto de mayor agudización de las reformas y ajustamiento de los Estados, con aumento de las brechas sociales.

2.4. El nuevo siglo. El capitalismo Salvaje: despojo frente el cuidado de la tierra

Como observamos en el apartado anterior, el balance con respecto al siglo y el milenio que terminaban no fue alentador, dejaba grandes retos y desafíos para las apuestas que busca la dignificación de la salud y la vida.

Al inicio del siglo XXI, en el año 2000, el profesor Edmundo Granda sintetizaba el desafiante mundo bajo el que se tenían que pensar los nuevos desafíos para la defensa de la vida, el mundo globalizado, o “El Nuevo Mundo”, desde diversos sectores, se dice que un nuevo mundo viene en camino, un acontecimiento llamado globalización. Pero también, desde otras voces, se sostiene que, en realidad, no ocurre nada especial, que vivimos una etapa más de la evolución del capitalismo. (Granda 2000). Analizando principalmente sus impactos sobre la salud y la equidad, así como buscando aquellos términos que puedan apoyar los conocimientos y la acción en salud.

Con relación a los impactos sobre la equidad y la salud, Edmundo Granda, en principio se cuestiona ¿cómo es que surgió esta sociedad políticamente multidimensional, poli céntrica y contingente? frente a lo cual se apoya en lo que Manuel Castells analizaba, es decir, que la globalización es producto de la interacción de tres procesos:

La revolución de la tecnología informática: ¿Qué significa esto? Significa que la imaginación adquiere un poder único en la vida de los seres humanos, pero también que la vida real y la vida posible se ven influenciadas por el poder del mercado de vidas imaginarias y adheridas a los prototipos creados por la industria de la cultura.

La reconstitución del estatalismo representado por la Unión Soviética y los países de Europa del Este no fue posible. Este hecho trajo el colapso del «socialismo real», fin de la Guerra Fría (...) con la consiguiente constitución del globalismo a través del dominio del mercado mundial.

Los movimientos sociales, los mismos que explotaron simultáneamente en todo el mundo industrializado. Se trataba de movimientos culturales que buscaban el cambio y no la toma del poder (Granda 2000,9)

Y el entretreído de estos procesos ha generado diversos cambios socioculturales globales, por ejemplo, las relaciones de producción están regidas por la productividad y la competencia como ejes fundamentales, de este modo el nuevo mundo del que hablamos produce, sin lugar a dudas, un incremento de la inequidad, la polarización de las poblaciones y una creciente exclusión social, la remergencia de enfermedades antiguas que se regresan como nuevas. (Granda. 2000, 455)

Así mismo, el neoliberalismo propone remercantilizar los servicios de salud, siendo evidente que el Estado presenta problemas a la hora de ser el representante de la nación; más bien se transforma en un intermediador estratégico entre el capital globalizado, las instituciones internacionales y multilaterales y los poderes regionales y locales descentralizados. Por lo cual se cuestiona que, si el Estado nacional está ineludiblemente condenado a desaparecer o a transformarse en un intermediario de las empresas transnacionales, o, en su defecto, si es posible reconstruir su poder en una versión democrática (Granda 2000,457)

Aquí, cabe señalar que en las próximas ediciones del Congreso de ALAMES, en las exposiciones de María Urbaneja y Catalina Eibenschutz coinciden aun en este panorama expuesto por Edmundo Granda. En este sentido para Urbaneja,

La globalización económica y los avances tecnológicos, que lucen como la nueva onda del progreso, evidencian la forma contemporánea de dependencia y cautiverio para nuestros países. De esa manera, como mismo sucede con el crecimiento económico, se entrona la falsa creencia de que la dinamización de los intercambios comerciales, el trabajo y los conocimientos incrementarán el desarrollo, distraerá a los gobiernos y las inversiones que favorecen a la gente. (Urbaneja 2004, 663)

Y por su parte Eibenschutz (2009) afirmaba que este capitalismo neoliberal y globalizado,

renombra todo, resignifica parte de nuestro discurso, inventa nuevas palabras para ocultar su verdadera lógica de explotación y despojo, la Medicina Social nunca debe ignorar el contexto donde nos movemos y actuamos en la sociedad. Una nueva ética tiene que ser construida, la ética de la justicia social. (Eibenschutz 2009, 23)

Así, a principios de la segunda década del siglo XXI, Jaime Breilh sintetizaba lo que ha representado para las sociedades latinoamericanas este panorama común:

Siglo XXI nos sorprende por la grave agudización de los impactos del modo de civilización capitalista. Los modos de producir, de comerciar, de consumir, de aprender, de relacionarnos con la naturaleza, de comunicarnos, y de hacer cultura, que el capitalismo mundial ha producido, son lo opuesto de lo que debemos hacer para forjar el bienestar de la humanidad y proteger la vida sobre la Tierra, constituyen más bien

una sociedad organizada por la codicia de los grandes empresarios y regida por una economía y una lógica de la muerte (Breilh 2014, 25)

Este es el telón de fondo bajo el que la MS/SC tiene que reconstruir sus andamiajes teóricos y sus propuestas prácticas para responder a sus compromisos de defensa de la vida, la salud y la naturaleza.

Los desafíos teórico-ideológicos y políticos para la MS/SC

En la conferencia Juan César García en el año 2014 por Jaime Breilh, permitió identificar los diversos momentos por lo que ha atravesado el pensamiento de la MS/SC, para los años 70 identifica su período formativo, de ruptura la cual

Tenía que quebrar los moldes de una medicina asistencial cerrada en los espacios curativos y ciega respecto a una realidad social que mostraba a gritos su relación con los problemas que llegaban a los consultorios y hospitales, era indispensable la ruptura del paradigma biomédico, superar la idea de la salud como ausencia de enfermedad, o aun la definición supuestamente más amplia de la OMS. (Breilh 2014, 23)

“Para la década de los años 80, el contexto de ajustes estructurales neoliberales y el fortalecimiento de un neoconservadurismo cultural, que en el campo de las batallas significó que

“de un plumazo, los teóricos posmodernos procuraron hacer en la filosofía y en las ciencias, lo que la doctrina del neoliberalismo económico había hecho en la vida material: borrar la realidad. Era el discurso necesario para acompañar la privatización total y desaparecer del ethos moderno los principios colectivos de “igualdad”, “unidad”, “identidad”, y “determinación” para celebrar el reinado, ese sí total, de los principios de “diferencia”, “individualidad”, lo “relativo” y la “incertidumbre” (Breilh 2014,23)

Frente a este embate político e ideológico, la MS/SC avanza hacia el segundo período de diversificación de los objetos y de los sujetos de la salud, de avance instrumental y de institucionalización (Breilh 2014,23), donde las reivindicaciones de diversos sectores sociales empujaron el pensamiento crítico a ampliar su mirada sobre la salud y la vida visibilizando cuestiones de género y etno-culturales.

De ahí surgió una tarea para la salud colectiva que fue trabajar en profundidad los aspectos conceptuales y metodológicos de la relación micro-macro, de lo cualitativo y lo cuantitativo, de replantear el enorme valor de disciplinas como la antropología y la etnografía críticas, pero encauzadas en un paradigma dialéctico que, como lo explicó magistralmente Samaja, no asigna ni al individuo (micro) ni a la totalidad social (macro)

el papel determinante del orden social, pues si bien el sistema de reproducción social general que nos rige, es decir la acumulación de capital, tiende a reproducir las reglas del juego de la sociedad, los individuos y grupos mantenemos una autonomía relativa que nos permite generar cambios y transformar la sociedad (Breilh: 2014,23)

Así, para finales del siglo XX, el desafío para la praxis de la MS/SC encontró en la noción de “interculturalidad crítica” una herramienta que permitió comprender que el sujeto de la salud no es unicultural, (...) sino que la crítica del sistema requería integrar todas las miradas, así el concepto de interculturalidad crítica potenció una metacrítica como pilar de una investigación basada en la comunidad, que integra lo académico y lo popular, abriéndose para hacerlo a la triangulación de lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación (Breilh 2014,78)

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, el siglo XXI presenta agudas crisis que atentan contra el cuidado y dignificación de la salud y la vida, crisis económica, financiera; cultural; sanitaria y ambiental, ante lo cual, un pensador como Breilh hay una serie de desafíos a los que se enfrenta la praxis de la MS/SC, entre los que señala:

- No caer en una retórica vacía y voluntarista, es decir que no es tiempo de formulaciones sin contenido emancipador
- Lo anterior implica también alejarse de los paradigmas funcionalistas como las de los “determinantes sociales” y recuperar la apuesta del pensamiento latinoamericano por la “determinación social de la salud”
- Las agendas de ALAMES tienen que organizarnos para usar nuestro conocimiento crítico acumulado en la generación de propuestas para lograr condiciones de dignidad, bioseguridad y perfeccionamiento humano.

Para Armando De Negri, ALAMES es un espacio de construcción y desarrollo de pensamiento y teorías, creo que esa es su mayor vocación y potencia, desde su historia, yo creo que estamos aquí justamente para seguir en esta tarea fundamental de reformar conciencias. (De Negri 2016,6)

Continúa De Negri: ALAMES, este espacio de los congresos es un espacio que combina esta construcción teórica capaz de crear conciencia, transformar conciencia. Al tiempo que genera un espacio protegido, donde la gente sienta que está acompañando pero que, además, se arman para la lucha social, la lucha política que hay que dar. Eso justifica ALAMES, eso justifica este congreso, eso justifica la medicina social en la historia de la humanidad en la lucha de los pueblos. Sí tenemos conciencia de esta

responsabilidad que es generar por este tipo de construcción, eso nos lleva entonces a explorar cuáles son los desarrollos que debemos dar a esta medicina social como campo de pensamiento crítico, como construcción de un campo teórico, forjando la acción política que nos permita seguir adelante, es importante dividir aquí la reflexión en tres partes:

“Hay una primera tarea clave, urgente, tenemos que proteger la memoria de las luchas sociales. Lo que propone esta nueva oleada del Neoliberalismo es borrar completamente la memoria política. Lo que estamos viendo, esta combinación, una organización de los medios de comunicación que elimina cualquier posibilidad de apropiación crítica de trayectorias históricas, y, por otro lado, reducen la reflexión a un presente absoluto, que es una manera de eliminar identidades históricas de lucha

Les hable de retomar la disputa con la educación profesional, retomar la disputa sobre la organización de los servicios y eso significa bajar a los servicios, también, disputar la educación permanente de los trabajadores en los servicios y enganchar un debate sobre lo macro, la meso y la micro gestión, no sólo quedarnos en divagaciones sobre la micro gestión de los poderes de los equipos, cuando lo que viene de arriba define la forma de organización de los servicios.

El tercer gran campo, en esta idea de romper un poco nuestro aislacionismo, hablar con los otros dolientes, los otros actores de este complejo de la protección social. La única posibilidad de defender una salud universal como derecho integral e igualitario es ponerle contexto de la lucha por la defensa del trabajo, del empleo, del salario justo como apropiación de riqueza de lo que se produce y proyectarlo en un sistema de pensiones y asistencia social, igualmente universal y con la calidad que eso amerita.”(De Negri 2016,12)

Finalmente, el discurso de las conferencias Juan César García en el espacio de los Congresos de ALAMES, como escenario de disputa frente al modelo hegemónico, permite aproximarse para comprender las respuestas organizativas de esta corriente de pensamiento.

Desde el ACD es posible establecer varias características del corpus del lenguaje que utilizan la Conferencias Juan César García, establecen momentos, temporalidades y desafíos. Lo que permitió organizar periodos y énfasis

En relación con la periodización, la emergencia de categorías y de acciones, los Congresos de ALAMES permiten un recorrido histórico, con una riqueza profunda no solo por las apuestas investigativas, sino también por la forma como se va configurando un discurso y unas prácticas socio políticas para hacer frente al modelo económico y todas las políticas de ajuste, el colectivo de pensamiento se moviliza en los Congresos, preservan las identidades y ponen en juego estrategias para mantener una agenda común, entre los nodos, y con sujetos individuales y otros colectivos, que se suman en cada país o en la región.

La historia y sistematización desde la década de los 80 hasta 2018, mantiene una permanente interpelación de las realidades sociales de la región y en el espacio organizativo que son los Congresos de ALAMES, se parte de una visión crítica de esa realidad, para transformarla, por ello, la agendas políticas y declaraciones son un sinónimo de las praxis sociales del estilo de pensamiento. La concepción de las temáticas, la estructura de ponencias centrales foros y socialización de investigaciones, dan cuenta del propósito de compartir la producción y hacer nuevas elaboraciones sobre los debates políticos del campo de la salud y sociales

Por esta razón los Congresos se constituyen en un instrumento de poder simbólico para fortalecer la corriente de pensamiento, para Mario Hernández son una presencia, un impacto, una cosa praxiológica que se expresa justamente en una incidencia política, una participación en los debates políticos del campo de la salud y bueno y por otro lado, una articulación a la lucha social por la salud.(Hernández 2016,.entrevista personal).

El discurso de las CJCG es muy generoso, en los análisis políticos y económicos, se mantiene en el campo científico, es coherente, y permite vincular lo expresado con el significado producido. En la generación de categorías de análisis, es reiterativa la argumentación para establecer un nexo entre lo biológico y lo social; un debate frente al modelo económico que determina de forma negativa el bienestar de las personas; la referencia e interpelación, al Estado difuminado hoy en el mercado.

Este discurso es amplio y argumentativo sobre lo que significa ser contra hegemónico, es el término constante en todos los discursos, la alusión a Gramsci, con orientación para los profesionales o intelectuales y confrontar la hegemonía.

Al ser un estilo o corriente de pensamiento, el corpus del discurso es coherente hay una dialéctica del pensamiento en la que prima el mundo de los conceptos, las salidas, son mayores análisis que viabilizan propuestas de abordaje, en el terreno de las ideas, la producción es amplia, robusta con capacidad para disputar los espacios que tiene el poder de la ciencia y de la política.

En esencia, la hegemonía es una categoría fundamental en Gramsci, que apunta a un fenómeno complejo, caracterizado centralmente por la capacidad de un grupo social para articularse, desde una posición de supremacía, con otros grupos sociales, y orientar la visión del mundo de un conjunto social que trasciende las fronteras estrictas de clase. En otras palabras, permite el paso de una esfera de dirección intelectual y moral, que

lleva a la esfera dominante a que pase del particularismo al universalismo, y dirija así a otros grupos sociales (Campione 2005).

Para romper este lugar hegemónico, María Isabel Rodríguez, en su discurso realizado en 2012, en el Congreso en El Salvador, apunto el siguiente llamado al colectivo:

“Mi revisión exhaustiva me ha llevado a reflexionar sobre lo siguiente: ¿Hasta cuanto todos los aportes presentados han sido utilizados? He pensado que en muchas de las reuniones se han ido dando consideraciones y conclusiones importantes, pero hay muchas de las conclusiones que no han sido utilizadas adecuadamente y muchas de las ponencias y propuestas presentadas se han quedado en el aire, no han logrado concentrarse en un trabajo común para ALAMES.”(Rodríguez, 2014,4)

Este llamado es muy pertinente pues confronta la urgencia de realizar acciones más contundentes que sean un soporte para el conocimiento, agendas y declaraciones resultantes de cada Congreso.

Finalmente ubicar el espacio de ALAMES como el propicio para activar el poder simbólico, desde el discurso permite disponer que la esfera académica no está desprovista de la política, “Es también recordar que el funcionamiento mismo del campo científico produce y supone una forma específica de intereses (las prácticas científicas no aparecen como “desinteresadas” más que por referencia a intereses diferentes, producidos y exigidos por otros campos.” (Bourdieu 2008, 76)

El análisis del corpus discursivo de las CJCG, para entender el poder simbólico permite revelar que, a través de la constitución de un capital validado simbólicamente, se puede ejercer esta lucha en el marco del terreno de las ideas, en el que tiene que posicionarse adecuadamente. Desde la lectura del discurso “ El actor es en esencia un agente-sujeto poseedor del conjunto de recursos materiales y culturales, capaz de acción individual o colectiva, comprometido con los principios de construcción, preservación y cambio social. Es un ser histórico que se define en su identidad, su sentido de alteridad y la manera cómo actúa en concordancia con sus condiciones.”(Pardo 2006.,56). Al respecto María Isabel Rodríguez dice, en el encuentro de ALAMES en El Salvador:

No hay duda que existen grupos como hemos visto a CEBES en Brasil, Colombia, Chile entre otros y el número de participantes en esta reunión constituye de por sí una esperanza. ¿Qué hacer entonces para hacer crecer a esta ALAMES Latinoamericana? Y voy a tomar las palabras del querido compañero Saúl Franco quien nos dice “que la pertenencia a la medicina social no es la afiliación a ALAMES, sino la coherencia y la persistencia con la postura y las luchas contra hegemónicas”. Me impacto su razonamiento en el sentido que “nadie vive de ALAMES y que ALAMES vive de todos y en todos”, diría mejor vive en todos y en todas.

Siguiendo ese razonamiento y siendo coherentes con él, yo les pido, démosle vida a ALAMES, démosle permanencia continua, hagámosla realmente nuestra y

contribuyamos a darle el cemento ideológico y político que Juan César García pedía para cada paquete estratégico, este es uno de ellos, para cuya construcción requerimos luchar unidos en un momento difícil para nuestros países, difícil ideológicamente, difícil política y económicamente.

Necesitamos luchar por la unidad de esta América nuestra a través de un proceso como la unidad de ALAMES. Yo les invito a pensar en la estrategia para consolidar y hacer crecer a ALAMES, pero no solo eso, ir más allá, evaluando si realmente estamos logrando lo que nos hemos propuesto, como lo es "Contribuir al fortalecimiento y bienestar de nuestros pueblos a través de poblaciones que realmente gocen de salud y bienestar integral", esa sería nuestra principal propuesta. (Rodríguez 2012,11)

Este discurso es un llamado contundente al actor, histórico y social que desde la asociación quiere ser contra hegemónico y ubicar un lugar de lucha y de poder, como se dijo anteriormente, los actores de los Congresos son los académicos, estudiantes y desde 2009 es intencionada la convocatoria a que grupos y movimientos sociales participen de forma activa, así como dar importancia al relevo generacional.

Al interior de la Asociación uno de los nodos con mayor estructura organizativa y dinámica de trabajo es la Red Latinoamericana de Género y salud colectiva. Para Leticia Artiles, académica, cubana, - el contexto motivador para la medicina social y la salud colectiva, se produce en el seno de movimientos sociales como los Tupamaros y Carabobo pero también en los escenarios de la universidades públicas, en un contexto de agitación y posibilidad del cambio influenciado por el triunfo de la revolución cubana. (Artiles 2016, entrevista personal)

La visión de género en la medicina social/salud colectiva, latinoamericana, es instalada por el Centro de estudios y asesorías en salud, Ecuador, -CEAS- quienes documentaron la triple carga en la mujer y la construcción de género a partir de la clase social y en Argentina, donde fue fundada la Red en 1997, en el Congreso latinoamericano de Medicina social, pero de igual forma es posible documentar tendencias de feminismo, problemas de salud atribuidos no solo a la condición de mujer, sino a la subordinación social de la relación hombre mujer y de género, posteriormente, adopta una visión más integral sobre perspectiva de género y masculinidades trayectoria feminista –según la cual la dinámica de género parte de una lectura relacional, histórica, inclusiva, dialéctica para entender las relaciones de poder y subordinación que subyacen en los encuentros y desencuentros de hombres y mujeres– ha sido mi pauta para el abordaje del estudio y el trabajo con varones". (Fernandez 2016, 247)

La década de los 90 incorpora con vehemencia el tema de los derechos de la mujer y la inclusión de las diversidades y los debates epistemológicos sobre diversidad, masculinidad y relación clínico salud pública, exploración de las relaciones de poder.

La Red es reconocida como una de las expresiones con mayor solidez y sostenibilidad en ALAMES, Artiles lo explica como un trabajo articulado con predominio colectivo y no individualizado, estratégicamente mantienen mecanismos de comunicación activa entre nodos, vinculación de nuevas mujeres en cada país, formación y apuestas por nuevos liderazgos con una renovación permanente.

No obstante, es un llamado desde este nodo de la ALAMES, como por ejemplo, la incidencia de las activistas y académicas de la red de género en los gobiernos democráticos, no logra tener un nivel de influencia política suficiente. El lugar de la mujer y los recursos son insuficientes, a pesar de una multiplicidad de políticas no logra posicionarse el tema, hay un mayor avance en la academia, lo cual resulta evidente en trabajos de tesis doctorales, maestrías que queda circunscrito a una retórica.

Los desafíos, internos para las activistas de la Red, según Fernández, consisten en superar las formas naturalizadas de patriarcado que promueven marginalidad, superar las grietas de cohesión, y el ejercicio de poder arraigado, entre miembros del colectivo alameño.

3. Avances y desafíos para la medicina social/salud colectiva

Durante los capítulos anteriores se ha demostrado que la MS/SC se mantiene como un estilo pensamiento crítico que por más de 40 años se ha posicionado como una alternativa epistemológica y metodológica frente a la crisis del modelo de salud pública implementado en saberes y prácticas de salud.

Sus avances: cabe destacar el trabajo de académicos quienes mantienen y transforman categorías de análisis, y establecen apertura epistemológica con paradigmas o modelos que complementan al objeto salud y a sus formas de operar como bien público, este aspecto fue ampliamente apreciado en el capítulo cuatro.

Complementariamente algunos pensadores de este colectivo reaccionan, frente a la modernización del Estado y las reformas a la salud desplegando una crítica con soporte teórico, y en perspectiva una agenda para la región en defensa de la salud como un derecho fundamental, integral y universal, una de las estrategias empleadas consiste en ocupar espacios de poder, principalmente en los llamados gobiernos alternativos, que han surgido en la región en la última década, allí la MS/SC ha ejercido cargos burocráticos en Ministerios, Secretarías de Salud y otras Instituciones del Estado. En reconocimiento por sus capacidades investigativas como por su compromiso ligado a

movimientos sociales y populares que han sido motores determinantes en la llegada de los candidatos electos. Al respecto ya existen algunas investigaciones para valorar los contextos y formas en que se configura la actuación de la MS/SC en los espacios de gobierno, por supuesto no son del alcance de este estudio.

En las prácticas sociales es notoria la vinculación de movimientos sociales acompañando saberes y prácticas, impulsando ciudadanía, espacios para la participación social y conjuntamente con los aportes propios de la investigación se surten argumentos para contribuir a las lecturas de realidades de las luchas sociales, se construye una dialéctica permanente de saber y poder, de las reseñas se destaca que los temas, principales al respecto son la salud laboral, derecho al acceso a servicios de salud, y la relación salud y ambiente.

En igual sentido, entre los retos problematizados a través de las nociones de poder y violencia simbólica, como Breilh refiere con la epidemiología, también la MS/SC “es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esta disputa obedece a intereses sociales encontrados”, por tanto “reconocer aquello, saber que cuando se hace epidemiología crítica (o cuando se practica la MS/SC) hay una politicidad implícita y un nexo evidente o tácito con intereses estratégicos de un sector social, entonces, no sólo es un acto de transparencia ética, sino de rigurosidad metodológica” (Breilh 1999: 29).

Ahora bien, frente a los desafíos de la medicina social y la salud colectiva corresponden de acuerdo con sus espacios a tres bloques: teóricos, de saberes y prácticas, de momento se retoman las voces de las personas entrevistadas quienes hacen parte de colectivo de pensamiento, para ubicar los retos que tiene la MS/SC.

Para Franco: En relación con los desafíos teóricos. “Nosotros tenemos que cargar de contenido desde esta perspectiva una serie de categorías como las que hemos dicho anteriormente| y como otras emergentes que tiene que llegar a volverse algo asequible para la población del común. O sea, el máximo esfuerzo intelectual está orientado a desentrañar la lógica interna de la realidad, para abordar los problemas pero eso hay que traducirlo a un lenguaje que sea asequible y seductor para la población no solamente en América Latina sino a nivel internacional” (Franco 2016, entrevista personal).

Para Armando de Negri, existe un debilitamiento de la salud colectiva frente a la divulgación y traducción de su conocimiento y desarrollos, al ser poco trabajado, implica pérdida de potencia en la trasmisión de conocimientos, en el bloque de las practicas, particularmente de los sistemas de salud, comenta de De Negri que María

Cecilia Minayo, investigadora brasilera con una amplia trayectoria en el abordaje cualitativo, coordinadora científica del Centro Latinoamericano de Estudios de Violencia y Salud (CLAVES), concluyo en un congreso de ABRASCO: “..en Brasil, la salud colectiva está muy bien,, la producción investigativa también, gran cantidad de personas formadas, cursos de pre y posgrado, muchos profesionales en el país, todo iba bien, pero la salud iba mal, no son evidentes los resultados de calidad en salud pública, no es evidente la potencia de la salud colectiva” (De Negri 2016, entrevista personal).

En el mismo sentido, en la entrevista realizada a Hugo Spinelli, de Argentina, una preocupación de los gobernantes es como se concreta en los servicios, el pensamiento de la MS/SC, por ejemplo, Evo Morales le pregunta “bueno a Nila Heredia, alameña, ex ministra de salud, ¿qué vamos a hacer con los tuberculosos?” hay otro relato, que me contó Sonia Fleury, estaba en un congreso de ABRASCO y Lula le dijo “muy lindo esto de la salud colectiva pero cuándo van a empezar a funcionar bien los hospitales” y en eso yo creo que tenemos una deuda pendiente,... yo tengo un montón de alumnos, compañeros que llegan a cargos de poder y no encuentran desde la salud colectiva como responder a las necesidades de los pacientes y de la organización de los servicios de salud (Spinelli, 2016, entrevista personal).

Estos comentarios señalan claramente desafíos contundentes para la MS/SC, en espacios concretos de las prácticas como son las políticas sectoriales, respuestas esenciales para los gobernantes como para las poblaciones, y los trabajadores de salud frente a la atención y organización de servicios.

Otro desafío muy grande es esta cuestión de la inserción y la acción social necesitamos trabajar muy firme por tratar de aclarar: uno, con qué tipo de actores sociales podemos y debemos trabajar para romper ese academicismo y para tener una encarnación cada vez mayor sin pretender ninguna labor protagónica sino siendo capaces de encarnar este pensamiento en la lógica propia de esos procesos. Nosotros no vamos a cambiar la lógica de los procesos políticos y sociales en América Latina, nuestra tarea es impregnar eso, cargar eso de este contenido que hemos definido como medicina social, como salud colectiva en la región y desde ahí abrir esas perspectivas y esos horizontes en este campo específico de la salud, del bienestar, de la paz. (Franco 2016, entrevista personal)

Para Mario Hernández, los desafíos están “en que tratemos de buscar formas de trabajo en red real, con cosas muy concretas que podamos hacer juntos. El problema es que como estamos tan agobiados en nuestros propios países tratando de resistir, pues no

nos alcanza el oxígeno para mantener una presencia y una dinámica de trabajo latinoamericana y además no tenemos los recursos, pero sí creo en el tema de la unidad, de la construcción de lazos, tanto lazos en la sociedad con los distintos movimientos, organizaciones, qué se yo, como lazos entre los miembros de la corriente de pensamiento (Hernández 2016, entrevista personal).

Así mismo, y en relación con la crisis que vive Brasil en la actualidad, hoy se requiere de un Sujeto político del movimiento sanitario, y luego las leyes, el sujeto instituyente, interesa en el inicio de la reforma, la emergencia del sujeto de situaciones, como se transforma en liderazgo, la determinación no determina la subjetivización. En el gobierno de Lula, Apostaron a un modelo que no valora los principios del SUS, daba igual lo privado o el SUS, se privilegió un modelo de individualización de riesgo, transferencia de recursos para el consumo, que en contra vía de la que la salud no una mercancía, no se valora la base para la salud colectiva. Retrocesos, no se sabe cómo reacciona los consumidores, ya son pacientes ni ciudadanos. Un modelo curativo, prevención y relación con medico paciente diferente hay un espacio para concretar las ideas de salud colectiva, lo dejaron, se fueron a las instituciones, los otros en las políticas de la clínica (Fleury 2016, entrevista personal).

Para Jaime Breilh, los desafíos para salud colectiva, contienen diversos planos: la investigación y documentación desde los centros de conocimiento y desde los movimientos sociales, para la incidencia del derecho a la salud e impactos ambientales en exploración a gran escala minera, agroindustria. Deterioro, segregación e inequidad en espacios urbanos y en la formación en los posgrados de universidades de la región

Para Menéndez, el objetivo de las ciencias actuales es la articulación de los diferentes saberes científicos aplicados a un mismo problema. De allí que su propuesta es “promover las diferencias entre las distintas aproximaciones científicas, así como impulsar la articulación y no el borramiento de las diferencias, pero tratando de reducir, y de ser posible eliminar, las relaciones de hegemonía/ subalternidad que hasta ahora han dominado las relaciones, por lo menos, entre la biomedicina y la antropología médica”. (Menéndez 2016,16)

Los desafíos teórico-ideológicos y políticos para la MS/SC La red de género y salud colectiva de ALAMES ha recalado que la equidad de género no consiste en que hombres y mujeres vivan o enfermen igual, sino en la eliminación de las diferencias entre ellos que puedan ser evitadas y prevenibles, mediante servicios y recursos adecuados a las necesidades específicas de cada uno acordes con su contexto. Por eso

es importante incorporar a los varones en el esfuerzo, no sólo para pensar sus problemas específicos como género en el proceso salud-enfermedad-atención, sino para valorar el modo en que sus conductas o acciones pueden ocasionar daños en la salud de otros, como las mujeres y los menores. (Fernández 2016, entrevista personal)

Los avances y los desafíos en función de los contextos históricos y sociales para la MS/SC, están sentados a partir de las visiones compartidas, en tal sentido al pretender una aproximación más precisa a manera de síntesis de lo revidado, para el periodo de tiempo, considero que:

Desde los tres lugares donde se ha afincado la MS/SC: la investigación, la educación y las prácticas sociales, se mantienen y surgen distintos desafíos:

En la investigación: desde las consideraciones ontológicas, la salud colectiva requiere profundizar en elaboraciones que den cuenta de un objeto de la salud, capaz de allanar todos los espacios que implican, las subjetividades, lo histórico y lo sociales y desde la epistemología desarrollar y generar otras categorías emergentes para explicar otras realidades sociales con determinación en la salud; estas elaboraciones podrían poner en perspectiva la construcción de un paradigma de la MS/SC. Es decir se hace necesario que los colectivos de investigadores se aproximen a elaboraciones intracolectivas epistemológicas, sobre objeto, método y praxis.

Por otra una actuación como colectivo de pensamiento, implica la configuración de redes de investigación entre países, fortalecimiento de nodos y apoyos para la financiación de la investigación como también de la divulgación.

En la educación, organizar al interior de las facultades núcleos de estudio de la MS/SC, posicionar su estilo de pensamiento entre docentes y estudiantes, nivel de los pregrados y posgrados, en las ciencias sociales y de salud, mantener cátedras que contengan las categorías, y métodos de la corriente de pensamiento y sobre ellas generar estudios académicos e investigativos.

Generar espacios de divulgación con el alcance de las TICS, repositorios, revistas electrónicas, blogs, página web de los centros investigativos y académicos como de autores.

Viabilizar la divulgación de un pensamiento latinoamericano en MS/SC incentivando cátedras, pasantías e investigaciones en las que converjan participantes de varios países.

Desarrollar redes académicas y de pensamiento con grupos identificados en paradigmas como la decolonialidad, la complejidad y las redes heurísticas, para enriquecer estos diálogos y producir conjuntamente

Fortalecer los espacios de acceso abierto para canalizar y divulgar los productos de investigación y académicos, como también allanar los espacios internacionales de las casas editoriales.

En las praxis sociales, ubicas diferentes sujetos y niveles para la acción del colectivo; en los servicios de salud, mantener espacios con los trabajadores de la salud, alimentar nuevas formas de organizar servicios para responder a las necesidades de ellos y de los sujetos que son atendidos en estos lugares. Apoyar experiencias de investigación, sistematización, evaluación de los servicios para generar nuevas formas de atención, aun en medio de la crisis que ha forjado el modelo económico y de aseguramiento.

Mantener la idea del sujeto trabajador en función de la clase social y como su desgaste afecta los procesos productivos y reproductivos, cuestionar el modelo y la contratación laboral, que desde la inmaterialidad ha generado nuevas formas de sometimiento en los trabajadores de la salud. En todo lo anterior subyace la intencionalidad de volver la mirada sobre la atención, una práctica propia de la MS/SC.

También en las praxis sociales se encuentran incluidos, los movimientos sociales, ambientalistas, de salud, organizaciones de pacientes, la investigación, la educación y las propias subjetividades han de llevar a la intención permanente de actuar, la región en la actualidad vive crisis de diversa naturaleza, pero principalmente se requiere la conformación de sujetos políticos emancipados.

La perspectiva del intelectual orgánico gramsciano está vigente, el llamado a los investigadores, docentes y activistas para actuar conjuntamente en la defensa de la vida y el buen vivir constituyen gran parte de los desafíos para el movimiento de la MS/SC.

Conclusiones

Esta investigación surgió para interpretar por qué si la medicina social/ salud colectiva, han generado, desde la década del 70, una corriente de pensamiento, cuyo propósito es ampliar el marco interpretativo de las realidades y prácticas transformadoras sobre el objeto salud, que trasciende los límites de las ciencias biológicas y humanas, no se ha constituido como un paradigma científico que impacte sobre el objeto de la salud y los sujetos sociales, para responder desde los planos epistemológicos, metodológicos y prácticos a las necesidades poblacionales en la región de América Latina.

Con este problema propuesto ingresé en un universo enorme, multitudinario, de información, aprendí a diferenciar las posturas de autores, el contexto histórico y no fue sencillo intentar forjar una historia completa y coherente desde la perspectiva de la historia de la ciencia; entre otras razones porque incluía dos disyuntivas, describir imparcialmente el trabajo de personas a quienes conozco y admiro por su capacidad productiva y compromiso, como también reconocer que la voz y el pensamiento de activistas hombres y mujeres de la MS/SC no se encuentran en las revistas, ni en las bases de datos, algunas se mantienen en las aulas, en las calles, en el campo, en los resguardos, con las mujeres y hombres que buscan un mundo mejor para el buen vivir.

Por eso esta reseña además de los límites metodológicos y propios de la autora, posiblemente ha dejado de lado, algunos valiosos aportes y desafíos de personas influyentes en este sostenido desarrollo del estilo de pensamiento; hecha esta salvedad considero pertinente al concluir expresar que:

La MS/SC emergió en medio de un convulsionado contexto social en América Latina y en su tránsito de casi 50 años, ha dotado de principios, conceptos y categorías una visión del objeto de la salud que podría desplazar a la salud pública, visión hegemónica de la salud poblacional en el marco del funcionalismo. En medio de las diferencias que sostienen los autores y de reconocer tendencias colectivas por países y la región, es necesario destacar la coherencia y pertinencia discursiva que en común mantiene el pensamiento de la MS/SC.

Para dar respuesta las preguntas del estudio; indague posturas sobre la construcción del conocimiento en varios autores, fue en los argumentos de Ludwig Fleck, médico polonés, quien en su momento a pesar de sus interesantes disertaciones

desde el estudio de la sífilis, no encontró eco para sus reflexiones, en su texto sobre la génesis del conocimiento, pude comprender la dinámica que ha seguido la MS/SC y como su colectivo de pensamiento ha posicionado un estilo intra e intercolectivo, en un marco histórico social, es la primera respuesta a mi duda, la segunda respuesta tiene que ver con la complejidad de la constitución de un paradigma o de un campo específico, traté en varias páginas este tema y la duda ha sido resuelta, no así, el deseo porque la MS/SC se constituyan en efecto en un paradigma.

La MS/SC encuentra límites institucionalizados y obstáculos. Las instituciones más importantes en ella son las escuelas de pensamiento, principalmente, centros educativos universitarios. En éstas, se monopoliza el conocimiento a partir del poder que ejercen agentes determinados, ya sean cuerpos académicos o administrativos con cierto equilibrio en la forma como se valora el capital económico, cultural y social, en medio de la crisis de la educación pública, de la financiación de investigaciones, los resultados destacan como la Universidad sigue siendo un espacio para mantener la praxis social con rigor académico.

En esta búsqueda entendí que la revisión histórica, no puede estar encaminada a realizar una descripción lineal de aportes, o sucesos, entonces, se optó por la perspectiva de la historia de la ciencia, lo que permitió identificar las transformaciones del conocimiento en el tiempo y con ello valorar desde la construcción, uso y transformación de las categorías, que la MS y la SC no han permanecido detenidas en ningún periodo de tiempo, por el contrario, su producción da cuenta de la respuesta a los desafíos del contexto histórico y social, adicionalmente, la reseña del discurso de los Congresos, espacio organizativo de este colectivo en la ALAMES; dimensionó la claridad y profundidad de los investigadores para realizar y orientar los análisis del contexto, y reaccionar frente a los efectos de las reformas en salud. El análisis del discurso también se encuentra la flexibilidad del pensamiento para acotar aproximaciones a otras visiones como interculturalidad, complejidad, decolonialidad, metabolismo social y otras nociones sobre la construcción de objetos de estudio, un asunto siempre vigente en la MS/SC.

Asimismo son claras las tendencias al interior de la corriente de pensamiento, diferencias en los caminos optados por los investigadores, para algunos los matices están en función de encontrar un objeto común en la MS/SC, para otros los énfasis están en las prácticas sociales y las investigaciones puestas al servicio de explorar problemáticas de salud resultado del modelo económico o participar en las acciones de gobiernos y en

la organización de sistemas de salud. Así, se mantiene una diversidad de frentes sobre los cuales existe un pensamiento crítico y para buena parte de los investigadores e investigadoras emancipador.

La historia de esta corriente de pensamiento, es una respuesta a la inconformidad con la salud pública, y la epidemiología para afrontar los problemas de salud, por la insuficiencia de elementos epistemológicos, fue el motivado de un grupo de científicos con una apuesta política y emancipada, para construir una forma de comprender y hacer ciencia diferente, entonces, surgen las preguntas por el ser, de ese objeto salud, como también de los sujetos no inanes, senti pensantes e incidentes, así los métodos, las técnicas y los análisis cambian, las categorías se van jerarquizando para dar sentido a las búsquedas ontológicas y epistemológicas. Este cuestionamiento identifico también debilidades en la academia, inicialmente en la medicina, pero rápidamente incluye otras disciplinas de la salud y recibe o advierte tempranamente del gran aporte que ofrecen las ciencias humanas y sociales, para enriquecer los conceptos y por tanto las praxis.

De la mano están presentes la dialéctica, en otros casos la bio-política y van sumándose paradigmas y pensadores. Cada momento como lo evidencian las CJCG, está acompañado de análisis del contexto social, histórico y político para entender y actuar sobre la urgencia y complejidad. El capitalismo en sus múltiples crisis y fallas afecta la salud y la vida de los colectivos y la MS/SC hace visible esta interacción.

Cada plano de la MS/SC, investigación, educación, praxis, reúne una serie de circunstancias y sucesos, de orden estructural que los modifica y debilita, allí ha estado la constancia como la aspiración de ser un poder simbólico, múltiples obstáculos allanan a la corriente de pensamiento, por eso su vigencia es esperanzadora a pesar de los límites y los grandes desafíos, citados previamente.

Tal y como se evidencio en la revisión de categorías existe una apertura desde la MS/SC dada por la flexibilidad y apertura del colectivo de pensamiento para establecer proximidad e interacción con las ciencias sociales de la salud y con la ecología política y ambiental, todo ello sitúa a la corriente de pensamiento en una momento de expansión de producción intra y extra colectiva que la fortalece, en el espacio metodológico, una apertura a los abordajes mixtos y cualitativos en la investigación puede contribuir para enriquecer el trabajo de con colectivos y movimientos sociales.

La aproximación a múltiples fuentes de información dispuestas en, publicaciones, y entrevistas, fue compleja para ordenar y jerarquizar. Las técnicas empleadas como el la revisión bibliométrica y el análisis crítico del discurso, fueron

claves para identificar el posicionamiento y la naturaleza para la difusión de los textos, propios de esta corriente de pensamiento y para decantar los obstáculos que imponen los intereses del capitalismo cognitivo, como también identificar los desafíos para los investigadores en el sentido de comprender y hacer una práctica cotidiana la generación de estrategias para la comunicación y difusión de sus resultados, allanar la mayor cantidad de plataformas y gestores de bases de datos, entre otras, acceso abierto, mantener publicaciones locales y alcanzar el nivel internacional en las principales casas editoriales, para destacar los aportes científicos de la medicina social y la salud colectiva.

Los retos de la MS/SC, problematizados a través de las nociones de poder y violencia simbólica, conducen a buscar las posibles mediaciones y encuentro entre colectivos que se encuentran en las distintas prácticas sobre las cuales se ciñe este campo de pensamiento científico. Ampliar las esferas para aproximarse y mantener relaciones dialógicas en el marco de la dialéctica posibilitará ejercer el poder simbólico y superar la subalternidad.

Lista de referencias

- Akcaoglu, y Asku. *Herramienta, debate y critica marxista*. 29 de 02 de 2016. <http://www.herramienta.com.ar/herramienta-web-19/practica-y-poder-simbolico-en-bourdieu-la-vision-desde-berkeley> (accedido 29 de 02 de 2016).
- Almada, Ignacio. «Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad.» *Nexos*, 1990: 12-20.
- Almeida Filho, Naomar. «Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones.» *Salud Colectiva*, 2006: 123-146.
- Almeida Fihlo, Naomar, Paim, S. Jairnilson. «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. .» *Almeida Fihlo, Naomar, Paim, S. Jairnilson. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. En Cuadernos médico sociales*. 1999: 5-30.
- Almeida, Nahomar, Ichiro Kawachi, A. P Filho, y J Dachs. «Research on health inequalities in latin Amerca and tej Caribbean: bibliometric analysis (1971-200) and descriptive content analysis (1971-1995).» *Americna Joournal of public health*, 2003: 2037-2043.
- Almeida, Naomar. Paim, Jairnilson. «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamerica.» *Cuadernos Médico - Sociales 75* (Mayo 1999): 5-30.
- Alperin, Juan Pablo. *Indicadores de acceso abierto y comunicaciones en América Latina*. 08 de 09 de 2014. www.clacso.org (accedido 17 de 05 de 2017).
- Alperin, Peter. *Indicadores de acceso abierto y comunicaciones academicas en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO, 2014.
- Angeles, Duran. María de los. «Liberación/utopía. Analizando la postura dela mujer frente a la ciencia.» En *De inapelable a intolerable : violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín* , de Galdys Ariza, 328. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 212.
- Aristegui, Victor. *La invetigación histórica teoría y método*. Barcelona: Grijalbo, 1995.
- Arouca, Antonio Sergio da Silva. *El dilema preventivista*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.

- . *El dilema preventivista*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.
- Arouca, Sergio. *El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.
- Arredondo, Armando. «Analysis and reflection on theoretical models of the health disease process.» *Cuadernos saude publica*, 1992: 254-261.
- Artiles, Leticia. «Fundamentos de la Red Latinoamericana de Medicina Social.» Red de género, La Habana, 2004.
- Bacon, Francisco. *Novum Organum Scientiarum*. México: Porrúa, 1975.
- Bang, Claudia, y Alicia Stolkiner. «Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes.» http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-1716. 05 de 05 de 2013. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-1716. (accedido 31 de 03 de 2018).
- Barreda, Andres. «Apuntes de Clase doctoral.» NA. Quito, 2009. 40.
- Barrios, Sergio. *La Crisis del capitalismo 1968-1991*. 2011. <https://www.alainet.org/es/articulo/169122> (accedido 01 de 04 de 2018).
- Barros, W, y Delizoicov D. «Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la Salud.» *Humanidades médicas*, 2008: 8-23.
- Bernal, John Desmond. *The social function of science*. Londres: London: George Routledge & Sons Ltd., 1939.
- Bertolozzi, Maria Rita, y Monica Delatorre. «La medicina social.» *Area Andina*, 2012: 24-36.
- Borell, Carmen. *Scielo*. 2 de 10 de 2004. <http://scielo.isciii.es/> (accedido 23 de 04 de 2017).
- Borrel, Carmen. «Epidemiología Social: la persona, la población y los determinantes sociales.» *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, nº 32 (2009): 32-37.
- Bourdieu citado por Fairclough, Norman. «El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades.» *Discurso y Sociedad*, 2008: 170-185.
- Bourdieu, Pierre. «www.ramwan.net/restrepo/politicascbourdieu.» *restrepo*. 01 de 09 de 2016. (accedido 19 de 09 de 2017).

- Breih, Jaime. «Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología.» Tesis de Maestría, México, 1977.
- Breilh, Jaime. *Estudio comparativo de los principales paradigmas sobre la determinación social de la salud y operacionalización de un modelo alternativo para investigación de modos de vivir saludables*. Académico, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2014.
- Breilh, Jaime. «Las Tres ‘S’ De La Determinación De La Vida: 10 Tesis hacia una visión crítica de la vida y la salud.» *CEBES*, 2010: 87-125.
- Breilh, Jaime. «Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva).» *Facultad Nacional de Salud Pública*, 2013 : S13-S27.
- . *Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial, 1996.
- Breilh, Jaime. *Componente de Metodología: La construcción de pensamiento en Medicina Social*. Vol. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 92, de *Debates en Medicina Social*, de Saul. Nunes, Everardo. Breilh, Jaime. Laurell, Asa Cristina. OPS/ALAMES Franco, editado por Saul. Nunes, Everardo. Breilh, Jaime. Laurell, Asa Cristina. OPS/ALAMES Franco, 138-248. Quito: Imprenta Non Plus Ultra, 1991.
- Breilh, Jaime. *Componente de Metodología: La construcción de pensamiento en Medicina Social*. Vol. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 92, de *Debates en Medicina Social*, de S. Nunes, E. Breilh, J. Laurell, A. OPS/ALAMES Franco, editado por OPS/ALAMES, 138-248. Quito: Imprenta Non Plus Ultra, 1991.
- Breilh, Jaime. «Epidemiología del siglo XXI: nuevas formas de la determinación social de la salud dominación, hegemonía y orden cibernético .» Conferencia, Quito, 2013.
- . «Estudio comparativo de los principales paradigmas sobre la determinación social de la salud y operacionalización de un modelo alternativo para investigación de modos de vivir saludables.» *Documento de informe de avance* . Quito: Sin publicar, Informe de actividades del proyecto., 2014. 1-45.
- Breilh, Jaime. «La determinación social de la salud.» *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 2013: 14-27.

- Breilh, Jaime. «La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva).» Conferencia presentada en seminario: saberes en epidemiología en el siglo XXI, Bogotá, 2014.
- Breilh, Jaime. «Las tres S de la determinación de la vida y el Triángulo de la política.» Conferencia, Salvador de Bahía, 2010.
- Breilh, Jaime. «Medicina social, salud colectiva y medio ambiente.» *Ecopolítica*, 2007: 47-57.
- . «Nuevos paradigmas en la salud pública.» *Un enfoque de ecosistemas para la salud humana*. Río de Janeiro: UASB. Digital, 1999. 1-30.
- Breilh, Jaime. «Nuevos Paradigmas en la salud pública.» Ponencia presentada, Río de Janeiro, 1999.
- Breilh, Jaime. «Operacionalización de la clase social seminario de consolidación metodológica, Doctorado en salud colectiva, ambiente y sociedad. .» Seminario, Quito, 2010.
- Briceño, Roberto. «Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico.» *Ciencia & saúde coletiva*, 2003: 31-45.
- Briceño, Roberto. «Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico.» *Ciencia y saúde coletiva*, 2003: 33-45.
- Briones, Guillermo. s.f.
- . *Métodos de investigación de ciencias sociales*. Bogotá: UPIIE, 1988.
- Brown, T. Cueto, M. Fee, E. «La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la Salud Global.» En *Historia, Salud y Globalización*, de Cueto Marcos y Zamora Víctor, 69-101. Lima: IEP/UPCH, 2006.
- Brown, Theodore. Cueto, Marcos. Fee, Elizabeth. «La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la Salud Global.» En *Historia, Salud y Globalización*, de Marcos. Zamora, Víctor Cueto, 69-101. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/ Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006.
- Bunge, Mario. *Causalidad, el principio de la ciencia moderna*. Buenos Aires: Eudeba, 1972.
- Cabienes, Baltica, y Pedro Zitko. «¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud.» *Rev Panamericana de salud pública*, 2011: 457-68.
- Campione, Daniel. *Hegemonía y contrahegemonía en la América Latina de*. Buenos Aires: <http://www.rebelion.org/docs/11306.pdf>, 2015.

- Caponi, Sam. «Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud.» *Ciencias de la salud*, 1997: 287-307.
- Carmona, Luz D. «El proceso salud enfermedad.» Ensayo Académico doctorado salud colectiva, ambiente y sociedad, Ecuador, 2010.
- Carmona, y Luz Dary. «Examen para optar al título de doctora en salud colectiva, ambiente y sociedad .» Académico, Quito, 2013.
- Casallas, Ana. «Documento para optar a la candidatura doctoral en salud colectiva, ambiente y sociedad.» Académico, Quito, 2011.
- Castro, Roberto. «Teoría social y salud.» En *Teoría social y salud*, de Castro Roberto, 23. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.
- CEPAL. En *Clase social*, 281. Buenos Aires: Cepal, 2010.
- Comision de Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades sociales en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud*. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Cuartas, Gabriel Vélez. «Sociología de la Ciencia y Cienciometría: Una revisión de las teorías subyacentes.» *Revista Interamericana de Bibliotecología* 36, n° 1 (enero-abril 2013): 11-24 .
- Cubero, Rosario. *Perspectivas constructivistas la interseccion entre el significado, la interacción y el discruso*. Barcelona: GRAO, 2005.
- De Souza Santos, Boaventura. *Epistemologias desde el Sur, Tomo I*. Buenos Aires: Clacso, 2018.
- Donnangelo, MC y L. Pereira citado por Granados José. *La medicina en la sociedad de claseso* . Sao Pablo: Dos ciudades, 1976.
- Donnangelo, Cecilia. «Formación de cuadros de personal de salud.» *Cebes*, 1988: 34-89.
- Duarte, Everardo. «Por una epistemologia de la salud colectiva:los conceptoa sociológicos.» *Salud Colectiva*, 2010: 11-19.
- Duarte, Everardo. *Trayectoria de la Medicina Social en America Latina: Elementos para su configuración*. Vol. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92, de *Debates en Medicina Social*, de Saul. Nunes, Everardo. Breilh, Jaime. Laurell, Asa Cristina Franco, editado por Saul. Nunes, Everardo. Breilh, Jaime. Laurell, Asa Cristina. OPS/ALAMES Franco, 17-137. Quito: Imprenta Non Plus Ultra, 1991.

- Eibenschutz, Catalina, Silvia Tamez, y Rafael González. *¿Determinación Social o determinantes sociales de la salud?* México: Rectoría General de UAM Xochimilco, 2008.
- Escobar, Arturo. *Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Unaula, 2014.
- Evans, Timothy, Margaret Whitehead, y Finn Diderichsen. «Desafío a la falta de equidad en salud de la ética a la acción.» *OPS*, 2001: 165.
- Falconi, Ricardo. «El giro histórico antes del giro historicista: el trabajo de Ludwing Fleck.» *El giro histórico antes del giro historicista: el trabajo de Ludwing Fleck*. Ensenada: UNLP, 2014. 6-9.
- Feo O, Feo Acevedo C, Jiménez P. «Pensamiento contrahegemónico en salud.» *Debate*, 2012: 602-614.
- Fernández, Sara. «Varones y masculinidades en clave feminista.» *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 2016: 249-277.
- Fernandez, Sara. «Varones y masculinidades en clave feminista: trascendiendo invisibilidades, ausencias y omisiones.» *Sexualidad, salud y sociedad*, 2016: 249-277.
- Figueroa, Carlos. *La actualidad de viejas temáticas: sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad en América Latina*. Serie Políticas sociales, Santiago de Chile: CEPAL, 2001.
- Fircrough, Norman. «El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: Las Universidades.» *Discurso & Sociedad*, 2008: 170-185.
- Fontana, Josep. *¿Para qué sirve un historiador en tiempos de crisis? ¿qué historia para el siglo XXI?* Barcelona: Pensamiento crítico, 2003.
- Foster, Jhon. *La Ecología de Marx*. Madrid: El Viejo Topo, 2000.
- Franco, Saúl, Everardo Nunes, Jaime Breilh, y Asa Cristina Laurell. *Debates en Medicina Social*. Quito: OPS-ALAMES, 1991.
- Franco, Saul. «Debates en Medicina Social.» Quito, 1989.
- Franco, Saúl. «En los primeros veinticinco años de ALAMES.» Bogotá, 2009. 6.
- Franco, Saúl, y Everardo Duarte. *Debates en Medicina Social*. Quito: Non Plus Ultra, 1991.
- Franco, Saul. Nunes, Duarte Everardo. Breilh, Jaime. Laurell, Asa Cristina. *Debates en Medicina Social*. Editado por OPS/ALAMES. Quito: Non Plus Ultra, 1991.

- Fresneda, Oscar. *Regímenes de acumulación, estructura de clases sociales y desigualdad en Colombia 2010-2016*. Tesis doctoral, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2016.
- Galeano, D. Trotta, L. Spinelli, H. «Juan Cesar Garcia y el movimiento latinoamericano de la medicina social: notas sobre una trayectoria de vida.» *Salud Colectiva* 7, n° 3 (2011): 285-315.
- García, Juan Cesar. «Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud.» *Educación médicay salud*, 1983: 368-384.
- García, Juan Cesar. «Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud .» En *Pensamiento social en salud en America Latina*, de Everardo Rodriguez Maria Isabel Nunes, 32-58. Washington: Nueva Editorial Interamericana, 1994.
- Giddens, Anthony, y Aurelio Boix. *El capitalismo y la moderna teoría social*. México: Fondo de Cultura Popular, 1994.
- Gofin, Jaime. «Acerca de “Una práctica de medicina social escrito por Sidney y Emily Kark.» *Medicina social*, 2006: 25-33.
- Goldsmith, M., & Mackay, A. L. *The science of science*. Londres: Penguin Books, 1966.
- Gonzalez Uceda, Gabriel. «Teoría de la ciencia, documentación y bibliometría.» *Revista General de Información y Documentación* (Servicio de publicaciones Universidad Complutense) 7, n° 2 (1997): 202-215.
- Gramsci, Antonio. *Cuadernos desde la cárcel. Tomo 4*. Ciudad de México: Era, 1986.
- . *Nuestro Marx*. México: Siglo XXI editores, 1978.
- Granados, J. Delgado, G. «Temas médico - sociales en México. La maestría en Medicina Social y la revista Salud Problema.» *Perfiles Educativos* XXVIII, n° 13 (2006): 129-141.
- Granda , Edmundo. *ALAMES 20 años. Balance y perspectivas de la medicina sociale en América Latina*. Lima, 2004.
- Granda, Edmundo. «¿ A qué llamamos salud colectiva?» *Rev Cubana Salud Pública* 2, 2004: 30.
- Granda, Edmundo. «Alames 20 años.» ponencia, Quito, 2005.
- Guillermo, Briones. *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicada a las ciencias sociales*. Bogotá: PIIIE, 1988.
- . *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y ciencias sociales*. Bogotá: PIJE, 1988.

- Hacking, y Ian. *La Historia de las ciencias y sus reconstrucciones racionales*. Madrid: Fondo de Cultura economica, 1981.
- Helo, Alvaro. «Ludwik Fleck: La génesis y el desarrollo de un hecho científico.» *Revista de filosofía*, 1989: No2- 183 -185.
- Hermida , Cesar. «Juan Cesar Garcia y a Medicina Social.» *Foro Salud*. Lima, 2009. 1-6.
- Hermida, Cesar. «Juan Cesar García y la Medicina social en America Latnai.» s.f.
- Hernández, Mario. «El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud.» *Revista de Salud Publica* 10, nº Suplemento 1 (2008): 72-82.
- Howard, Waitzkin. «Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social.» *Medicina Social*, 2006: 5-11.
- Husson, Michael. «Hemos entrado en el capitalismo cognitivo.» *Critique communiste*, 2004: 69.
- Iriart, C. et.al. «Medicina Social Latinoamericana:aportes y desafios.» *Revista Panamericana de Salud Pública* 12, nº 1 (2002): 128-137.
- Jaime, Breilh. «La determinación social de la salud como herramienta de tranfomacion hacia una nueva salud pública (salud colectiva).» *Revista Facultad de Salud Pública*, 2013: 13-27.
- Japiassu citado por Duarte. «Por una epistemologia de la salud colectiva:los conceptos sociológicos.» *Salud colectiva*, 2010: 11-19.
- Kottow, Miguel. «Pierre Bourdieu: Sociología reflexiva para la salud pública y su bioética.» *Nuevos folios de bioética*, 2012: 5-21.
- Kuhn, Thomas. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1962.
- . *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura económica, 2004.
- Laín Entragaldo, Pedro. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1985.
- Laurell, Asa Cristina. «El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina.» *CUADERNOS MÉDICO SOCIALES N° 37 -*, 1986: 37-48.
- Laurell, Asa Cristina. «El estudio social del proceso salud enfermedad en Amèrica Latina.» *CUADERNOS MÉDICO SOCIALES N° 37, 5* 1986: 2-10.
- Laurell, Asa Cristina. «políticas publicas y sistemas de salud.» 2011.
- Laurell, Asa Cristina. «Salud - Enfermedad como proceso social.» *Cuadernos Médico Sociales*, nº 19 (Enero 1982): 1-11.

- Laurell, Asa Cristina. «Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad.» En *Lo biológico y lo social- su articulación en la formación del personal de salud*, de Organización Panamericana de la salud, 1-12. Washington: OPS, 1994.
- Laurell, Asa Cristina, y Mariano Noriega. «La Salud en la Fabrica.» En *La Salud en la Fabrica*, de Asa Cristina Laurell y Mariano Noriega, 189. México: Era, 1989.
- Laurell, Asa. «Revistas predatoras y puntitis.» *La Jornada*, 01 de junio de 2017: 1.
- Laurell, Asa. «Taryectorias y retos de la medicina social .» Presentación en reunion ALAMES, La Paz, 2011.
- Léris, René. *Introduction générale: De la santé a la maladie; Le douleur dans les maladies ; Oú va la Médecine? Encyclopédie française. t VI, 1936. Citado por Canguilhem, Georges. Lo normal y lo patológico. Ed Siglo XXI, 1993. Madrid: Siglo XXI, 1993.*
- Liborio, Monica. *POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?* Catedrático, Buenos Aires: UNR, 2010.
- Lopez, Oliva Balnco José. «Modelos socioeconómicos en la salud pública: coincidencias y desencuentros.» *Salud Pública en México*, 1994: 374-384.
- López, Oliva, y José Blanco. «La polarización de la política de salud en México .» *Cuadernos de saúde pública*, 2001: 43-54.
- Ludwik, Fleck. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza editorial, 1986.
- Maldonado , Carlos. «Heurística y producción de conocimiento en la perspectiva CTS, .» *Estética, ciencia y tecnología*, 2005 : 98-127.
- Maldonado, Carlos. «Complejidad en salud: Interacciones entre Biología y Sociedad.» En *Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas. Perspectivas, retos y alternativas*, de Morales Carolina, 96-108. Bogotá : Daniel Maldonado, 2008.
- Marini, Ruy Mario. «Origen y trayectoria de la sociología latinoamericana .» En *Amricana Latina dependencia y gloablización*, de Marini Ruy Mario, 241. Buenos Aires: Siglo XXI, 2015.
- Menéndez, Eduardo. «Antropología de la Salud en las Américas:Contextualizaciones y sugerencias.» *SaludColectiva*, 2017: 235-257.
- Menendez, Eduardo. «De la reflexion metodologica a las prácticas de investigación.» *Relaciones* , 2001: 119-164.

- Menendez, Eduardo. «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, .» En *Salud colectiva cultura, instituciones y subjetividad*, de Hugo Spinelli, 45-56. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.
- Miholič, Petruša. «Bibliometric analysis: Slovenian Journal of Public Health vs. European Journal of Public Health .» *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML) Special Issue* (University of Primorska, University Library), 2015 : 129- 137.
- Miholič, Petruša. «Bibliometric analysis: Slovenian Journal of Public Health vs. European Journal of Public Health.» *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML) Special Issue*, 2015: 129- 137.
- Miholič, Petrusa, y Dorjan Marusic. «Scientific Publishing in the Field of Social Medicine in Slovenia.» *Social Sciences and Cultural Studies – Issues of Language, Public Opinion, Education and Welfare*, 2009: 375-396.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de salud Observatorio Nacional. *Clase Social Y Salud*. Nacional, Bogotá. D.C.: Instituto Nacional de Salud Colombia, 2016.
- Molina, Nancy. *Análisis crítico de la educación en fisioterapia*. Tesis doctoral, Bogotá.D:C: Universidad Nacional de Colombia, 2015.
- Morales , Carolina, y Juan Carlos Eslava. *Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Bogotá: Unidad de publicaciones Universidad Nacional de Colombia, 2015.
- Morales, Carolina, Elis Borde, Juan Eslava, y Sonia Concha. «¿Determinación Social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas.» *Revista de Salud Pública* 15, nº 6 (2013): 797-808.
- Muntaner, Carles. «Clase social y salud en América Latina.» *Rev Panam Salud Publica*, 2012: 166-175.
- Muntaner, Carles, y otros. «Clase social y salud en América Latina.» *Panamericana de salud pública*, 2012: 166-75.
- Nieto , Mauricio. «PODER Y CONOCIMIENTO CIENTÍFICO: NUEVAS TENDENCIAS EN HISTORIOGRAFÍA DE LA CIENCIA. .» *Historiografía de la Ciencia* (Universidad de los Andes), 2018: 34-44.
- Noguera Fernandez, ALbert. «La teoría del estado y del poder, en Antonio Gramsci: claves para decifrar la dicotomía dominación-liberación.» *Nomadas*, 2011: 19-34.

- Nunes, Everardo. «La institucioanlización en Brasil: analizando el proceso de institucionalización.» *Salud colectiva*, 2016: 347-360.
- Nunes, Everardo. «NUNES, E. D. . Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos, G.WS.; Minayo MCS; Akerman, M; Drumodn Jr. M; Carvalho, YM. (Org.). Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. .» *Campos GWS, Tratado de Saúde Coletiva*, 2006: 295-315.
- Nunes, Everardo. «Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión.» *Salud colect. vol.10 no.1* , 2014: 57-65.
- Nunes, Everardo. «Por una epistemología de la salud colectiva: los conceptos sociológicos.» *Salud Colectiva*, 2010: 110-119.
- Nunes, Everardo. «Samaja: el epistemólogo de la salud. Salud Colectiva. 2007;3(3):325-330.» *Salud Colectiva*, 2007: 325-330.
- Nunes, Everardo. *Trayectoria de la Medicina Social en America Latina: Elementos para su configuración*. Vol. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92, de *Debates en Medicina Social*, de S. Nunes, E. Breilh, J. Laurell, A Franco, editado por OPS/ALAMES, 18-131. Quito: Imprenta Non Plus Ultra, 1991.
- OPS/OMS. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: Cien años de historia 1902-2002*. Bogotá: Editorial Carrera 7a. LTDA, 2002.
- Organización Panamericana de Salud, OPS. *Lo biológico y lo social - su articulación en la formación del personal de salud´*-. Whashington: OPS, 1994.
- Paim 2000 citando a Santos, Boaventura. *La caída del Angelos Novo; ensayos para una nueva teoria social*. Bogotá: ILSA, 2000.
- Paim, Jairnilson. *La Salud Colectiva y los Desafios de la Práctica*. Vol. Publicación Científica , de *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*, de OPS, 151-168. Washintong: OPS, 1992.
- Paim, Jairnilson Silva. *Desafios para saúde coletiva no seculo XXI*. Salvador de Bahía: Edufba, 2006.
- Paim, Jairnilson Silva. *La salud colectiva y los desafios de la practica*. Consultoria, Salvador de Bahia: OPS, 1992.
- Peñaranda, Fernando, y Carlos Rendon . «Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud.» *Facultad Nacional de Salud pública*, 2013: S47- S56.
- Perez, Monica. «Ludwik Fleck: precursor del pensamiento de Thomas Kuhn.» *EIDOS* , 2010: 130-149.

- Pfuetzenreiter, Maria. «Epistemología de Ludwik Fleck como referencial para pesquisas en ciencias aplicadas.» *Episteme*, 2003: 111-135.
- Pierre citado por Samaja. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- Poulantzas, Nicos. *Poder político y clases sociales en el Estado Capitalista*. Madrid: Siglo XXI, 2007.
- Quevedo, Emilio. «El concepto de la salud enfermedad en la salud pública.» *Medunab 17 No 3*, 2015: s-12-13.
- Quevedo, Emilio. «El Proceso Salud- Enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas.» *Salud pública (Zeus)*, 1997: 37-90.
- Quevedo, Emilio. «Hacia un.» s.f.
- Quevedo, Emilio. «Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas.» *Universidad de Antioquía*, 1985: 79.
- Quevedo, Emilio. «La historia desde la higiene hacia la salud pública en América Latina.» En *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI*, de Universidad de Antioquia y Universidad Nacional de Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia/Universidad Nacional de Colombia, 2000.
- Quevedo, Emilio. «La salud pública en Colombia: cien años atrapada entre los intereses internacionales y el desinterés nacional.» *Nova et Vetera*, 2001: 5-29.
- Raiher Sandra. *Estudio comparativo entre la producción científica latinoamericana y mundial en inequidades en salud durante los años 1999-2008*. Tesis de grado, La Plata Argentina: Editorial Universidad de la Plata, 2010.
- Restrepo, Diego. «Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública.» *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Universidad de Antioquía*, 2013: 31 (supl 1): S42-S46.
- Rojas, Francisco, y Miguel Marquez. *ALAMES en la memoria*. La Habana: Caminos, 2009.
- Rojas, Francisco. *Salud Pública y Medicina Social*. La Habana: Ciencias Médicas, 2009.
- Rosen, George. *De la Policía Médica a la Medicina Social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Primera Edición. México D.F.: Siglo XXI Editoriales, 1985.

- Salud, Organización Panamericana de La. *Entre lo biológico y lo social su articulación en la formación del personal de salud. serie desarrollo de recursos humanos.* Washington, 1994.
- Samaja, Juan. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- Sigerits, Henry. *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de Cultura económica, 1946.
- Silva, Jairnilson. «La salud colectiva y los desafíos de la práctica.» *La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate*, 1992: 151-158.
- Silva, Jairnilson. *Transición Paradigmática y desarrollo curricular*. Washington: OPS, 2000.
- Suber, Peter. *Acceso Abierto*. Toluca: Colección cuadernos institucionales >Universidad Autónoma del Estado de México., 2015.
- Tajer, D. «La medicina social latinoamericana en los noventa: hechos y desafíos.» En *Salud y Globalización*, de M Sanchez, C Colomo y L Repeto, editado por Fundación Sindical de Estudios y Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 21-37. Madrid: Ediciones GPS Madrid, 2004.
- Tajer, Debora. «Latin American Social Medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges.» *American Journal Public Health* 93, nº 12 (2003): 2023-2027.
- Vaara, Eero, y Janne Tienar. «A discursive perspective on legitimation strategies in multinational corporations.» *Academy of Management*, 2008: 985-993.
- Van Dijk, Teun. «Prólogo.» En *Análisis del discurso. manual para las ciencias sociales*, de Lupicio Iñiguez, 11-16. Barcelona: UOC, 2003.
- Vega, L. «Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud.» *Salud Pública de México*, 2012: 29-41.
- Vergara, María. «Tres concepciones históricas del concepto salud-enfermedad.» *Hacia la promoción de la salud*, 2007: 41-50.
- Vergara, María. «Tres concepciones históricas del concepto salud-enfermedad.» *Hacia la Promoción de la salud*, 2007: 41-50.
- Waitzki, Howard, Jaime Breihl, Alfredo Estrada, y Emerson Merhy. «Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.» *documento mimeografiado*, 1999: 26.
- Waitzkin, H y Waterman, B. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Teoría Social y medicina*. Ciudad de México, 1984.

- Waitzkin, Howard. «Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social.» *Medicina Social*, 2006: 5-11.
- Waitzkin, Howard, Celia Iriart, Alfredo Estrada, y Sonia Lamadrid. «Social medicine in Latin America - productivity and dangers facing the major national groups.» *Lancet*, nº 358 (2001): 315-323.
- Waitzkin, y Waterman. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Teoría Social y medicina*. Ciudad de México, 1984.
- Wallace , Leon. *La lògica de la ciencia en la sociología*. Madrid: Alianza, 1980.
- Writht, O, citado por Muntaner Carles. «The shadow of exploitation in Weber's class analysis.» *Am sociol* , 2002: 832-853.
- Zibechi, Raúl. *Amerca Latina:periferias urbanas, terriotorios en resistencia*. Bogotá: Desde Abajo, 2008.

Anexos

Anexo 1. Matriz de categorías Iniciales

Campo de pensamiento medicina social	Categorías Iniciales	Categorías emergentes
EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA	Producción y reproducción social	
	segregación de clase	Etnia, clase, género
	Subsunción	trabajo, consumo de lo biológico y cibernética
	determinación social de la salud	
	Ambiental	sustentabilidad, soberanía solidaridad bioseguridad
TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SALUD	Teoría del Estado	Ciudadanía y derechos humanos
	Políticas de servicios de salud	acumulación de capital, interdisciplinariedad/equidad
	Trabajo	Desgaste,
	lo biológico y lo social	Genética/ Complejidad
EPISTEMOLOGÍA DE LA SALUD	Proceso salud enfermedad	Interculturalidad, decolonial/antropología médica
	Lo individual y lo colectivo	
	Ciencias sociales y salud	Etnia, Lo cultural Gramsciana/
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD		

Anexo 2. Guía de Entrevistas

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD
TITULO DE LA TESIS: TENDENCIAS Y CONTRASTES DE LA MEDICINA SOCIAL /SC LATINOAMERICANA

ESTUDIANTE: ANA LUCIA CASALAS MURILLO

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

PERFIL DEL ENTREVISTADO

Nombre

Cargo

Experiencia

OBJETIVO

Indagar sobre las tendencias y contrastes de la Medicina Social a partir de las múltiples interpretaciones producidas en los contextos latinoamericanos.

La entrevista está configurada en cuatro sesiones o ejes: el primero corresponde al análisis de contexto; el segundo indaga sobre la categoría conceptual/epistemológica central DETERMINACIÓN SOCIAL desarrolladas por la MS/SC Latinoamericanas, el tercer eje corresponde a los desarrollos metodológicos e investigativos que orienta la MS/SC Latinoamericana; y el cuarto bloque de preguntas corresponde a las praxis.

CUESTIONARIO

Eje1. Análisis de contexto

1. ¿En qué contexto Político, social, económico, cultural surge la corriente de MS/SC en AL.
2. ¿Qué tipo de acontecimientos producen transformaciones en la perspectiva de la MS/SC?
3. ¿Qué efectos tienen las transformaciones políticas en las diversas posturas de la MS/SC Latinoamericana?
4. ¿Cuáles momentos cruciales (hitos, crisis...) para el pensamiento medico social y la salud colectiva podría identificar?

Eje 2. Categorías

5. ¿Qué posibles interpretaciones de la categoría Determinación social se pueden ubicar en el panorama latinoamericano?
6. ¿Qué tipo de diferencias conceptuales o epistemológicas expresan esas o interpretaciones con relación la determinación social?
7. ¿Qué tipo de relación se puede establecer entre las versiones de determinación social expresadas y las posturas políticas en el marco de los gobiernos progresistas de AL? (donde aplique)
8. Posibles contradicciones, cuáles identifica?

Eje 3. Desarrollos metodológicos e investigativos

9. ¿Qué diferencias metodológicas se explicitan en la interpretación de la determinación social en las múltiples versiones Latinoamericanas?
10. ¿Qué relación hay entre la determinación social y la complejidad?
11. ¿Qué conceptos o categorías han alimentado el pensamiento de la MS/SC ?

Eje 4. Las praxis

12. ¿En qué campos se ha desarrollado la MS/SC?
13. ¿Cuáles considera son los aportes de la MSL/SC a dichos campos?
14. ¿Los movimientos sociales? ¿qué han aportado? ¿Qué le han aportado a su reflexión teórica?

Anexo 3. Consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol dentro de ella. La presente investigación es conducida por Ana Lucía Casallas Murillo, candidata a Doctora en salud, ambiente y sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. El director de la Tesis es el Dr. Everardo Duarte Nunes.

La finalidad es indagar acerca de las tendencias y contrastes de la Medicina Social/Salud colectiva, a partir de múltiples interpretaciones producidas en los contextos latinoamericanos. La entrevista está estructurada en cuatro sesiones o ejes: el primero corresponde al análisis de contexto; el segundo indaga sobre las principales categorías conceptual/epistemológica desarrolladas por la MS/SC, el tercer eje corresponde a los desarrollos metodológicos e investigativos que orienta la MSL; y el cuarto bloque de preguntas corresponde a las praxis

Si accede a participar en este estudio se le pedirá responder 16 preguntas. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que se converse durante esta sesión se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después de las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito, fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ana Lucía Casallas M

SI NO

Acepto que he sido informada de los propósitos de este estudio. SI NO

Me han indicado que responderé preguntas para una entrevista, que será grabada y transcrita posteriormente para efectos de esta investigación. SI NO

Nombre de la participante: Sara Yaneth Fernández Moreno

Firma: 

C.C. 52 018 950 Cel. 300 520 91 12

E Mail: spartacolombia@yahoo.com.mx

Fecha: 13 de Junio 2016

Anexo 4 Guía para análisis del discurso

<p>Análisis que persiste en el tiempo estructuras de poder</p> <p>El reconocimiento de un fenómeno sociocultural y la apropiación del corpus lo cual permite preguntarse por asuntos como: qué piensan los miembros de un determinado grupo o grupos en torno a un asunto fundamental para su comunidad; qué reiteran; qué se proponen como conflictivo; qué valores se proponen comunes; o qué interpretan como colectivo acerca de un asunto que es inherente a sus vidas.</p>	<p>contexto político y estructura el discurso</p> <p>El análisis y sistematización del corpus con técnicas cuantitativas ancladas en la estadística textual para dar cuenta de hechos como la expresión o palabra clave usada para definir el asunto; las asociaciones semánticas; o las formas de categorizar la realidad representada.</p>	<p>desafíos</p> <p>El análisis en perspectiva cualitativa procedente de técnicas lingüísticas y el análisis cultural del discurso, que da paso a la formulación de redes semánticas, esquemas conceptuales, modelos culturales u otras categorías que dan cuenta de realidades complejas y dinámicas.</p>	<p>El lenguaje es poder</p> <p>El análisis en perspectiva cultural-cognitiva que permite analizar e interpretar modelos y representaciones, así como la elaboración de resultados interpretativos-críticos que hacen posible dilucidar la unidad y la variación intercultural, los tejidos discursivos circulantes, los distintos grados de variación y aceptabilidad en los puntos de vista que las personas expresan a propósito de un asunto de su vida social, todo lo cual posiciona al investigador frente al problema social de su interés.</p>	<p>CORPUS, se mantiene como campo científico, interpela la praxis social, desde dónde propone. Datos sobre las categorías, visualización textual, palabras que se repiten.- Formular categorías implica, por lo tanto, organizar y reorganizar conocimiento que procede del mundo discursivo y de los saberes que el analista posee o explora. Las categorías son conjuntos abstractos, multiformes y difusos compuestos de elementos con diferentes estatutos o, en otros términos, una categoría es un grupo de objetos equivalentes. - como se evidencia la acción comunicativa en este texto...</p>	<p>acciones interés técnico, interés práctico e interés emancipatorio. En cuanto al primero, se establece que responde a las necesidades cognoscitivas y a la búsqueda de una relación estable entre el ser humano y la naturaleza. El segundo interés, se refiere a las interacciones, las cuales están mediadas por el lenguaje usual y fundamentan la praxis. El tercero, indica el hecho de encontrar la razón supeditada a la construcción del yo, esto hace que se vea la emancipación como una interacción desinteresada. En este sentido, los intereses se consideran a la vez conocimiento o información y organización vital. Así, en primer lugar, las acciones dan los principales argumentos para la caracterización de los actores; en segundo lugar, en el análisis de las acciones es indispensable la comprensión del contexto de significación y realización, así como los motivos, es decir, por qué y para qué de los que emana la acción; en tercer lugar, se hace necesario dimensionar la acción tanto en aspectos físicos, cognitivos y culturales como el producto de formas de relación, ideologías o bagajes socioculturales de individuos y comunidades que son y ponen en evidencia sus orígenes y finalidades y, en cuarto lugar, la reflexión sobre la acción explica en sí misma el uso de categorías inherentes al</p>
--	--	---	--	---	---

discurso objeto de estudio para su comprensión, puesto que el discurso como constructor y portador de realidades obliga, en cada caso y desde cada pregunta, a formular tipologías específicas q

Anexo 5. Rejilla análisis de contenido

AUTOR	PAIS	AÑO	Enfoque/ concepto salud	Población	metodología	praxis; Aporta a procesos sociales	Hallazgos
			aporte epidemiológico		modelos explicativos		
			conceptual		Técnicas utilizadas		
			histórico- dialectico				
			fenomenológico				
			antropología- etnográficos				