

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



Nuevos paradigmas en la salud pública

Jaime Breilh

1999

Ponencia presentada en: Reunión Internacional “Un Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana: Enfermedades Transmisibles y Emergentes”, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente; Organización Panamericana de la Salud; Escuela Nacional de Salud Pública, FIOCRUZ, Río de Janeiro, noviembre de 1999.

**CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO
PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL AMBIENTE
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA –FIOCRUZ**

**REUNION INTERNACIONAL “UN ENFOQUE DE ECOSISTEMAS PARA LA
SALUD HUMANA: ENFERMEDADES TRASMISIBLES Y EMERGENTES”**

NUEVOS PARADIGMAS EN LA SALUD PÚBLICA

Jaime Breilh

RIO DE JANEIRO, NOVIEMBRE de 1999

NUEVOS PARADIGMAS EN LA SALUD PÚBLICA¹

Jaime Breilh²

El ciclo histórico de fin de milenio termina con un balance negativo para la salud humana y la vida en el planeta. A pesar de la capacidad generada para acumular riqueza y la disponibilidad de recursos y saberes, especialmente desde la Era Moderna, se hace evidente un perfil dramático de sufrimiento humano, pandemias y destrucción de la naturaleza, que no se corresponde con el desarrollo productivo y tecnológico alcanzado.

La historia de la Salud Pública y de la lucha por una ecología saludable y benéfica se inserta en esa realidad contradictoria, la cual forma parte tanto de sus avances y obstáculos objetivos, como de su marco epistémico. Es por eso que una revisión de los paradigmas científicos no puede cumplirse al margen de los condicionamientos más amplios de la sociedad y, en el caso de la época contemporánea, no puede dejar de explicar la paradoja de una era inédita de acumulación económica y de poder, en la que se registran las más importantes creaciones del espíritu y hazañas científicas en todos los campos, pero que al mismo tiempo se caracteriza por una inmovilidad relativa frente a la necesidad humana, masivamente insatisfecha, y el crecimiento diario de los indicadores de deterioro del ecosistema y la enfermedad.

Y si bien es cierto que la historia puede mirarse desde perspectivas distintas, para nadie es desconocida esa gran contradicción que marca los límites del proyecto emancipatorio inconcluso de la Era Moderna, que a pesar de históricas jornadas cumplidas en defensa de la vida y por la construcción de sociedades humanas y equitativas, tanto en el campo de los derechos económicos, como de las grandes reivindicaciones de género y etno-nacionales, declina ahora bajo un acelerado retroceso de esos derechos sociales y la degradación integral de la calidad de vida, sin cuya comprensión no sería completa ninguna caracterización que pretenda asumir un enfoque integral u holístico. Los índices epidemiológicos reflejan ese producto y, por eso, ni los datos más optimistas logran encubrir los profundos reveses de la Salud Pública frente a la enfermedad y el deterioro ecológico masivos, los cuales se han instalado en todo el mundo [Breilh 1997], ensombreciendo el panorama del nuevo siglo, al punto que algunos describen la realidad actual por su lado negativo, denominándola como “sociedad del riesgo” [Beck 1998] o que nosotros preferiríamos denominarla “sociedad destructiva”.

Los desafíos conceptuales, técnicos y políticos son enormes y constituyen signos importantes de una crisis no solamente de los paradigmas de la salud pública, sino de los paradigmas generales del pensamiento contemporáneo. Por eso, se ha vuelto necesaria una

¹ Conferencia presentada en la apertura de la Reunión Internacional “Un Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana” (Rio de Janeiro, Nov. 1999), organizada por CIID-Canadá; Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente; Organización Panamericana de la Salud; y Escuela Nacional de Salud Pública FIOCRUZ.

² Presidente del Centro de Investigaciones para el Desarrollo; Fundador y Codirector del Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Asturias N 2402 y G. de Vera (La Floresta) – Quito, Ecuador
Tel: (593-2)506175; 009497417; Fax: (593-2)566714; C. Electrónico: jbreilh@ceas.med.ec

profunda discusión teórico-política, que rebase el simple dominio de los modelos operativos de nuestro campo de acción.

Lo que está en crisis y requiere ser debatido es el fundamento mismo conceptual y praxiológico de la Salud Colectiva, uno de cuyos integrantes fundamentales es la salud del ecosistema como lo sostuvimos desde hace varios años [Breilh 1979].

La crítica de los modelos positivistas que se esgrimieron para explicar la salud humana y las condiciones saludables o destructivas del ambiente construido por el ser humano está presente en el movimiento latinoamericano de la Salud Colectiva desde los años setenta, como lo atestiguan los balances y debates publicados [Franco & Nunes & Breilh & Laurell 1985]. Pero ahora debemos asumir un nuevo ciclo de esa discusión a la luz de las nuevas posibilidades y desafíos conceptuales de una época de intensa conmoción de los fundamentos conceptuales del pensamiento científico. No se trata entonces de inaugurar un debate sobre los paradigmas de la salud, sino de dar un salto adelante en el proceso creativo que ha estado presente en la agenda de la Salud Colectiva Latinoamericana desde su formación hace un par de décadas.

LA ARTICULACION DE LOS PARADIGMAS Y LA PRAXIS, EJE DEL CONTRASTE ENTRE PARADIGMAS

De lo expuesto anteriormente se desprende que la reflexión sobre los paradigmas de la Salud Pública es un capítulo importante de la *epistemología de la modernidad*, pues en ella entran en juego las definiciones de una teoría de la necesidad, las concepciones sobre los derechos humanos correspondientes, las categorías y formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, y en definitiva, los preceptos y mecanismos de la seguridad humana, que son los ingredientes esenciales de la salud colectiva y aspectos profundamente relacionados con el proyecto de la Era Moderna. Por lo cual, si se quiere trascender una historiografía descriptiva y anecdótica, se debe asumir, de manera explícita, un posicionamiento epistemológico claro, que incorpore los vínculos que podríamos denominar “epistémicos” fundamentales, en los que se sustentan las relaciones entre la episteme, el modelo interpretativo y las concepciones de praxis, que explican la inserción histórica de un paradigma científico.

A comienzos de los sesenta Kuhn acuñó la noción “clásica” de *paradigma científico* que luego amplió en su conocido “Posfacio” [Kuhn 1969] en el que enfatizó el papel de la estructura comunitaria de la ciencia en la determinación del paradigma, concepto que según esa versión encierra dos acepciones: la de los valores y creencias que hacen parte de la constelación de compromisos de grupo en dicha comunidad y la de los modelos o ejemplos compartidos dentro de la misma. Lo que los científicos de una comunidad comparten en esencia, según Kuhn, es una *matriz disciplinaria* formada por las generalizaciones simbólicas; las creencias o modelos; los valores; y los compromisos comunes, utilizados en la resolución de problemas concretos, modelados de acuerdo con ejemplos anteriores. Para Kuhn las características sociológicas de la comunidad científica son determinantes, así como los procesos prácticos de resolución concreta de problemas, argumento que

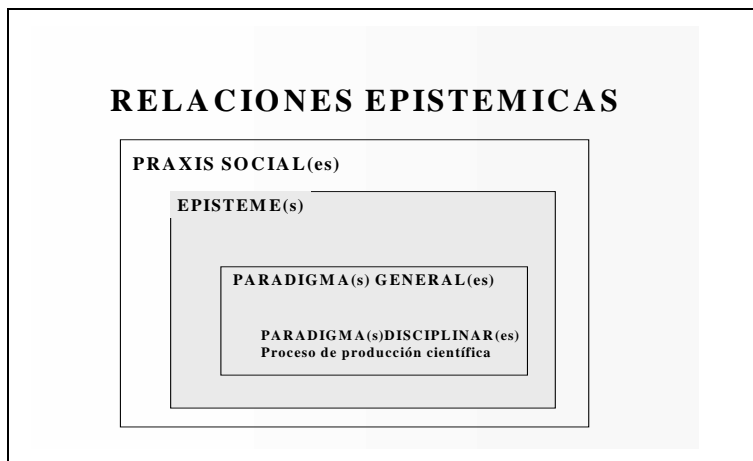
diferencia su abordaje epistemológico de los de Popper y Lakatos, más centrados en procesos de la “lógica interna” de falseamiento de conjeturas o en la modificación heurística de programas de investigación, respectivamente [Chalmers 1997]. Kuhn puso especial énfasis, tanto en el papel del paradigma como organizador del razonamiento científico (matriz teórica), cuanto en su condición de sistematizador de los valores, puntos de vista de una subcultura especializada.

La categoría paradigma se inscribió, a pesar de las limitaciones de su fundamento estructuralista y de su visión restringida al campo de la comunidad especializada, en una corriente epistemológica de ruptura con el molde racionalista, cerrado, de una supuesta ciencia universal y de la que formaron parte también aportes como los de Canguilhem [], Bachelard [1981] y Feyerabend [1985]. Comenzó a penetrar en la comprensión sociológica de los modelos de práctica a la que los científicos adhieren en un momento determinado y favoreció una interpretación histórica relativista del movimiento interno de transformación de las ciencias en dos sentidos interesantes: las matrices disciplinares convencionales o “normales” sufren cambios profundos como resultado de la necesidad de explicar anomalías no resolubles bajo dicha ciencia normal, encontradas en la actividad de resolver problemas y, la constatación de que existen confrontaciones interpretativas, pues más de una construcción teórica puede darse alrededor de un mismo conjunto de evidencias empíricas, lo cual contribuyó a alimentar un posición contraria al “monismo” teórico prevaleciente.

Pero se puede avanzar en la comprensión de los paradigmas, con sus modelos interpretativos, cuando se entiende que no agotan su lógica en el marco estrecho de la comunidad especializada y no son productos exclusivamente académicos, sino que se desenvuelven en el seno de una episteme social y se articulan a las formas de praxis colectiva. La relación episteme-modelo-praxis es decisiva en el proceso histórico de construcción, oposición y superación de los paradigmas de la ciencia y es un proceso insertado en la vida colectiva e indisolublemente ligado a aquella, un proceso cuyo dinamismo y determinaciones forman parte de cualquier explicación sustantiva de un cierto pensamiento científico.

Fue Foucault [1978] quien llamó la atención sobre esas “reglas generales o presuposiciones epistémicas inconscientes” que rigen el discurso general de la cultura en cada período histórico y fue en relación a esa idea germinal que, más recientemente, otros epistemólogos como Moreno [1995] han señalado que cada ciencia opera bajo ciertas condiciones de posibilidad de lo que se puede pensar, conocer y decir en un momento histórico, las cuales hacen parte de los modos de vida de una sociedad, motivo por el cual, en el seno de una misma realidad se dan epistemes encontradas porque existen modos de vida opuestos. Pero esa relación entre el marco epistémico de una época y los paradigmas está profundamente influida por las modalidades de práctica social que operan en la sociedad en cuyo seno se desenvuelve una determinada praxis científica.

Entonces al ocuparnos en este trabajo de la categoría paradigma, hemos procurado trascender su enfoque clásico, más centrado en el análisis de una matriz teórica disciplinar y de los valores de la subcultura científica correspondiente, para enfocar el problema epistemológico de la relación entre esas formas del pensamiento disciplinar, sus concepciones, sus recortes ontológicos, sus



puntos de vista y posicionamientos frente al poder, las implicaciones prácticas de dichas ideas -asunto que se aborda en la primera parte de nuestro análisis-, respecto a las condiciones históricas y conexiones práctico políticas en que se desarrollaron las implementaciones concretas basadas en dichos modelos -aspecto que se analiza en la segunda parte del análisis-.

Hacia la parte final en la que se discute un planteamiento alternativo, se insinúan algunos elementos para el análisis del papel de los “otros saberes” en la formulación del nuevo paradigma de la salud colectiva. Asunto por demás importante y que desafortunadamente ha merecido un tratamiento apenas marginal en los análisis convencionales de la epistemología de la salud. En la episteme dominante actual se encuentra una favorable y necesaria presión para el replanteamiento interno de la ciencias, para el reconocimiento por ejemplo, de la singularidad, de la diversidad, de la complejidad con sus formas de discontinuidad y emergencia, aspectos que fueron relegados por el paradigma positivista, pero no se encuentra un esfuerzo equivalente en la profundización de las relaciones externas de la ciencia con los otros saberes y con la práctica emancipatoria más amplia, un empeño decisivo por reinsertar transversalidades como la inequidad y el poder –no sólo social, de género y étnica- en las nuevas construcciones [Breilh 1996]. Un sesgo que, de prolongarse, podría significar una sustitución de fetichismos.

Nuestro trabajo epistemológico enfrenta serias complejidades, más aun si las tensiones paradigmáticas están presionando hacia la reconceptualización del propio objeto científico “salud” que se ha sometido a una profunda discusión en las últimas décadas, y suscita una gama de posicionamientos que van desde las posiciones ultrasubjetivistas [Gadamer 1993] que la consideran como algo privado, personal, radicalmente subjetivo y por tanto irreductible como objeto científico, hasta varios tipos de propuestas integradoras para una construcción de tal objeto científico, y que hacen parte del debate epistemológico de la salud colectiva latinoamericana [Breilh 1979, 1986, 1987; Almeida Filho 1989, 1992, 1999; Samaja 1994; Castellanos 1994; Castiel 1994].

De hecho este tipo de reflexiones son necesarias para poder comprender satisfactoriamente las posibilidades de un enfoque de ecosistemas. Posibilidad respecto a la cual voy a sostener a lo largo de estas páginas dos argumentos centrales: 1) que es el “modelo praxiológico” –se explica más adelante- el “espacio natural” en que cabe una concepción integral e integrada de salud y ecosistema; 2) que la discusión de tal modelo científico, así como nuestras prácticas de todo tipo, están profundamente influidas o “disciplinadas” por nuestras estructuras ideológicas que son la base de la construcción de sentido en la ciencia [Ebert 1991].

BASES TEORICAS DE LOS PRINCIPALES MODELOS “ACADEMICOS” SOBRE LA SALUD (COLECTIVA) Y LOS ECOSISTEMAS

A pesar de que un análisis exhaustivo de esta compleja problemática rebasa los límites del presente trabajo, caben citarse algunos elementos básicos que pueden orientar el análisis crítico de los abordajes, incluyendo sus concepciones de la práctica, que han estado presentes en el pensamiento y acción de las entidades académicas –lo cual implica no asumir el saber epidemiológico popular- que se ocupan de la investigación, enseñanza y operación técnica de la salud pública. Señalar presupuestos básicos para la formulación de los nuevos paradigmas de la salud, en los que cabe una concepción distinta sobre la relación entre la salud y la ecología.

Todo modelo incorpora como 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.

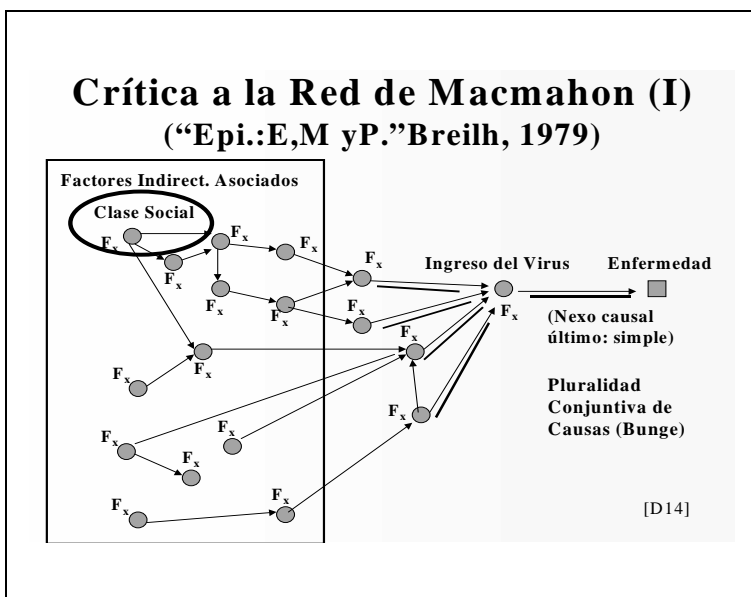
Para los fines de esta breve reflexión, y partiendo de una clasificación heterodoxa que combina lo cognitivo y lo praxiológico, se pueden destacar tres grandes tipos de modelos de conocimiento-acción sobre la salud colectiva y los ecosistemas.

Modelo Objetivista-Empírico y Funcionalista

Es la concepción que hegemoniza el pensamiento científico Occidental en la salud, siendo el positivismo su fundamento primordial. Enlaza una interpretación empírica de la realidad como elemento objetivo que existe puro, “en sí mismo” e independiente del sujeto; con una teoría del conocimiento como reflejo correspondiente, de dicho objeto en el sujeto –relación que Markovic [1972] describe como realismo acrítico-. Para este enfoque, la praxis es externa y posterior a esa percepción refleja.

Esta visión reduce la observación de la realidad al estudio de los patrones de eventos empíricos y, de estos, sólo reconoce como científicamente válidos aquellos que muestran una asociación constante, experimentalmente demostrable, o los que se que se pueden

constatar por procedimientos equivalentes o próximos a los experimentos (“proxys”). No distingue entre leyes determinantes de eventos y los patrones de eventos; no distingue entre estructuras generativas y eventos generados; y no distingue entre sistemas cerrados y



sistemas abiertos [Bhaskar 1986]. En la Epidemiología, por ejemplo, el “realismo empírico” sostiene como esencial para el conocimiento, la secuencia entre la descripción experimental, su sistematización y la aplicación de leyes, donde las regularidades empíricamente observables y los éxitos instrumentales serían la condición necesaria y suficiente para el conocimiento de esas leyes, y donde las leyes de causalidad son simplemente conjunciones constantes. Es

decir, es el causalismo el fundamento tanto del modelo “clásico” de la red multicausal de MacMahon [1975], inscrito en las viejas concepciones asociativas de Hume y en los enunciados de conjunción constante de causas “c” con efectos “e”; o del “neocausalismo”, más sofisticado y atenuado, de las constelaciones de componentes complejos causales y de los sistemas de causas suficientes y necesarias de Rothman-Geenland [1998], que reconoce un margen de incertidumbre en las inferencias causales, pero lo resuelve mediante un enfoque falsacionista basado en los criterios de Hill, que permitirían transformarlos en pruebas deductivas de hipótesis. Así el modelo termina estableciéndose alrededor de una articulación y secuencia entre una ontología atomista, una lógica de fragmentación en factores causales empíricos, y las construcciones funcionales tipo “xTM y”.

De esa manera el modelo reduccionista y causal, comprime los tres dominios de la realidad, -realidad *general*, realidad *actual* y la realidad *empírica*, a una parte de esta última [Bhaskar 1986]. En el caso de la enfermedad, o de la salud si se quiere, para los modelos basados en el realismo empírico, no hay diferencia entre la *enfermedad real*, la *enfermedad actual* y la *enfermedad empírica*, pues los procesos se explican sólo en el plano de los fenómenos empíricamente observables y sus conjunciones constantes. Pero la enfermedad empírica con sus patrones de eventos constantemente asociados, es apenas una fracción de la enfermedad actual, de la cual forman parte también los mecanismos no-empíricos generativos, las determinaciones y formas de movimiento no conjuntivas. Retomando la clásica asociación entre el hábito de fumar (fenómeno causal) y el Cáncer pulmonar (efecto), por ejemplo, esa conjunción es la realidad empírica experimentalmente demostrable, pero no es toda la realidad actual, pues existen determinaciones claves no-asociativas de la génesis de las neoplasias pulmonares, y aun de la propia relación entre el fumar y el Cáncer, inscritas en la vida del grupo (campo sociológico), o en la dimensión

familiar (campo antropológico), en las relaciones de poder -clasistas, de género y étnicas- (campo de la teoría política), e inscritas también en las relaciones ecológicas.

Para esta corriente, en definitiva, el conocimiento de la salud es esencialmente un movimiento reflejo del objeto en el sujeto; siendo dicha realidad fragmentada, y cuyos elementos constitutivos se conectan por relaciones simples y lineales en el plano empírico; cada proceso existe separadamente y se conecta externamente a los demás por relaciones funcionales que se describen mediante una lógica matemática que trabaja con funciones descriptivas formales, en cuya estimación cuantitativa radica supuestamente la clave del conocimiento y en cuya relación radica así mismo la clave de la acción funcionalista de corrección de factores aislados. Lo colectivo para este abordaje se establece en la agregación de series de observaciones individuales sobre hechos que son registrados como datos de los cuales se desprenden, inductivamente, inferencias y leyes asociativas. La validez de todo este proceso se circunscribe a la confiabilidad de los registros y a la validez de las inferencias.

Modelo Subjetivo-Culturalista de Acción Localizada

Surge en oposición al empirismo y se pone en boga como producto del cuestionamiento de las bases positivistas de la investigación convencional. La refutación al principio de inducción y a la validez directa de la experiencia perceptiva, llevan a la idea de la prioridad de la teoría. Se sustenta en la idea de que la realidad se construye subjetivamente y que el marco subjetivo existe “a priori” para acercarse activamente a una realidad que se formula de esa forma. Nuevamente aquí la praxis queda relegada como algo externo y se incluye como algo posterior al acto de construcción del objeto.

Esta forma de deductivismo se sustenta en la idea de que habría una base metafísica del conocimiento que sería la razón innata o la intuición creadora. Al incluir desde esta postura epistemológica el sujeto activo en el conocimiento, se ofreció indudablemente una apertura hacia un papel dinámico de lo cultural y lo psico-cognitivo individual, pero de esa manera, se instaló también una vía de interpretación culturalista y microsocioal, que cerró el espectro del problema del conocimiento hacia sus dimensiones intuitivas y el dominio cotidiano de la cultura. Muy ligadas a la influencia del llamado “culturalismo antropológico” [García Canclini 1993] que reducen el objeto cultura a lo tradicional y pretenden aislar supuestas propiedades inmanentes de las “comunidades tradicionales, disimulan las distancias entre culturas desiguales con la doctrina del relativismo cultural que termina institucionalizando y justificando la marginalidad. Según García Canclini el problema metodológico más serio de ese tipo de abordajes es que se utilizan sólo los relatos de los autores, duplicándolos “fielmente”, en definitiva un empirismo ingenuo de nuevo signo cualitativo que desconoce la divergencia entre lo que pensamos y nuestras prácticas, entre la autodefinición de los grupos populares y lo que podemos saber sobre su vida a partir de leyes sociales de la totalidad.

No existe uniformidad en esta línea y se reconocen varios enfoques a lo largo del tiempo, desde las posiciones de la etnomedicina clásica con los trabajos de Benjamin Paul, Erwin

Ackerknecht y Evans Pritchard, pasando por la antropología aplicada en los territorios del mundo colonial y dependiente como los de Margaret Mead, Malinosvky y George Foster, luego la antropología médica de Kleinman y Good que constituye el prototipo de este enfoque culturalista cerrado y que privilegia una hermenéutica centrada en lo individual y basada en el relativismo cultural [Larrea 1999].

La corriente retoma fuerza ahora en las formas de un constructivismo, pues algunos teóricos posmodernos inscritos en la corriente del neoconservadurismo o influidos por ésta, cuestionan los que han dado en denominarse los “métodos universalizantes” y explicitan su incredulidad respecto a los metarrelatos, instaurando una lógica de deconstrucción [Lyotard 1986] en medio de la cual se han multiplicado los esfuerzos por romper las visiones totales y adentrarse en los dominios de lo micro, de lo local, de la vida cotidiana e individual. Este movimiento ligado en su fundamento filosófico al posestructuralismo francés, ha influido poderosamente las ideas contemporáneas, incluidas las del campo de la salud pública, ha sido calificado como “...uno de los movimientos intelectuales más virulentos y peligrosos de nuestra época” [Habermas 1981] por estar impregnado de una fuerte tendencia a la subjetividad egocéntrica, de una visión que cierra el campo en lo micro y en las expresiones locales de lo cultural, a nombre de esa ruptura con la totalidad y las nociones globalizantes y del rescate de los anti-principios de la diferencia y la multiplicidad, en la teoría la política y la vida cotidiana [Breilh 1999]. Equivale a un tipo de pluriculturalismo conservador que es parte de una política de asimilación que hace abstracción de la inequidad que se da entre las culturas y de su poder diferencial para ejercer significados y condicionar la subjetividad. Esa comprensión del culturalismo critica la tiranía de la totalidad y la sustituye por una dictadura de lo local, de la parte, del fragmento [Best 1989]. Como lo había hecho notar Grasmci [1961] en otro tiempo, ese tipo de abordajes termina convertido en un “aglomerado indigesto de fragmentos de diferentes concepciones del mundo”, un tipo de humanismo posmoderno que atomiza la realidad sin idea alguna de los procesos unificadores más generales.

En la era del Estado neoliberal han proliferado esos planteamientos que se han convertido en el basamento teórico de muchas de las llamadas modernizaciones neoliberales de los programas y sistemas de salud y de las versiones más conservadoras de la descentralización del Estado, donde en ausencia de un principio unificador y de un concepto de totalidad, se acentúa el énfasis en lo local, en la discontinuidad y aun más en el rol determinante de lo individual, todo lo cual termina implicando un fortalecimiento de la dominación política [Collins & Green 1994].

Modelo Praxiológico Participativo

Coloca la relación dinámica *objeto-sujeto* como eje del conocimiento e inserta la praxis como sustento y condición de dicha relación y no como un elemento “externo”. El reflejo inductivo de la percepción, puro y directo, no existe, como tampoco las operaciones deductivas “a priori”, pues ese objeto puro, “en sí”, y la subjetividad “a priori” son apenas abstracciones pobres, ya que el sujeto sólo puede serlo en relación con lo que conoce, lleva siempre el sello del objeto, y las características del objeto contienen siempre elementos subjetivos, pues las experiencias perceptivas no están única y directamente determinadas

por las imágenes y estímulos de la naturaleza, sino que dependen de la cultura, de las estructuras simbólicas por cuya intermediación “leemos” la realidad”. Es decir, aunque los objetos de la naturaleza existieron antes del surgimiento de la humanidad, sólo son objetos de conocimiento en cuanto están en relación con nosotros [Markovic 1972] por intermedio de nuestras estructuras simbólicas.

El modelo praxiológico establece, por consiguiente, una ruptura epistemológica importante y necesaria para el pensamiento y la práctica en la salud colectiva. Es así, por que desde una óptica praxiológica, que busca conocer una realidad para transformarla integralmente, no se pueden enfocar sólo los patrones de eventos y sus asociaciones constantes, dejando a un lado los procesos generativos que determinan dichos fenómenos, pues de esa forma se pierde la capacidad de explicar el carácter, favorable o negativo para la salud, de los fenómenos de la naturaleza y de sus condiciones sociales, y además, se tiene que recurrir a la solución absoluta de que tal característica protectora o destructiva sería un “en sí” de los fenómenos. La obvia consecuencia de ese tipo de interpretación empirista es la creencia de que el mundo está formado por fenómenos ecológicos que serían “en sí mismos” destructivos o favorables para la vida y de que los procesos sociales existen “en sí mismos” como variables “positivas” o “negativas” para la salud. La geografía del mundo, su esfera ecológica, el llamado medio ambiente, se asumiría de ese modo como un gran recipiente pasivo y externo de la vida, un espacio plano reducido a fenómenos que se tocan sólo externamente y forman patrones de asociación entre cada uno de esos factores, positivos o negativos y la ocurrencia de enfermedades, por ejemplo.

El punto anterior es clave para un nuevo paradigma de la salud pública pues parte de que la naturaleza no es un dominio separado y diferente de la sociedad y sus problemas. La sociedad no es más que el producto más acabado de la naturaleza. La actividad de la sociedad humana modela su propia geo-ecología y esta a su vez revierte su efecto sobre las condiciones del ser humano. Así, la geografía con sus condiciones ecológicas no son, frente a la salud, un simple reservorio estático de climas, de contaminantes, de parásitos, de vectores de la transmisión infecciosa, etc., sino un espacio históricamente estructurado donde también se expresan las consecuencias benéficas y destructivas de la organización social, donde los procesos del entorno natural llegan a ser mediadores necesarios y donde se transforman las condiciones de reproducción social dominantes en *bienes* o *soportes* naturales que favorecen la salud, o en *fuerzas destructivas* que promueven la enfermedad.

Es decir, el movimiento de las contradicciones sociales y de los problemas derivados de la concentración de poder y generadores de inequidad, se recrean y se expresa en las cambiantes condiciones ecológicas que, por su vez, también inciden sobre la vida social [Breilh y col. 1991]. El caso del deterioro de los circuitos epidemiológicos en zonas del Brasil y la acumulación epidémica en los espacios sociales relegados como secundarios, en los que se impone el hacinamiento, la precariedad laboral, y sistemas desesperados de supervivencia y migración, donde se disparan las tasas de contacto y reproducción de parásitos; microorganismos a los que la miseria favorece para su potencial biótico, ilustra esa estrecha relación entre lo social y lo ecológico [Sabroza et. al 1992].

Pero además, la salud pública tiene que saldar cuentas con el subjetivismo cultural, pues tampoco se pueden enfocar sólo las construcciones subjetivas surgidas en los dominios particulares o individuales de la realidad del ser humano, sin relacionarlas con el movimiento generativo o “genético” del conjunto dinámico y concatenado de los procesos económicos, políticos e ideológicos más amplios.

La visión integral rompe, por tanto, el molde empirista formado por una *ontología atomista*, una *metodología asociativa factorial* y una *práctica funcional* circunscrita a la corrección puntual de factores; rompe igualmente con el molde formalista dado por una *ontología discursivista y simbólica*, una metodología de recorte descontextualizado de construcciones subjetivas y de relatos diversos inconexos y sin un discurso de conexión con el discurso del “otro”, sin puntos de unidad ni explicación de las relaciones y conflictos entre grupos situados en puntos distintos de la estructura de poder e inequidad, y finalmente, una práctica fragmentaria circunscrita a las concepciones culturales y a los límites de los intereses de cada grupo.

A nuestro modo de entender, el paradigma praxiológico asume una ontología que podría calificarse como *realismo dialéctico*, que concibe una realidad constituida tanto por los procesos derivados como por los procesos genéticos, una realidad que tiene una historia, que rebasa lo empírico observable e incorpora la realidad actual más amplia y los procesos generativos pretéritos; una realidad compleja y jerarquizada, donde el movimiento de determinación o producción (orden genético) de todos los procesos y de la salud particularmente, va de lo singular y particular (micro), hacia lo general (macro), pero cuya reproducción (orden estructural) implica la acción de lo macro hacia lo micro; donde lo social y lo biológico son como lo diverso en medio de la unidad de la naturaleza; una realidad en la que los fenómenos no son sólo causados sino que son determinados también por otras formas de regulación del devenir de la naturaleza, como el automovimiento por oposición, las relaciones funcionales, los eventos probabilísticos y caóticos, cuyo margen de acción está dado por las determinaciones más amplias que los atraviesan como son las relaciones de poder y las respectivas construcciones culturales, de tal manera que no existen actos absolutamente determinados, ni actos absolutamente contingentes, sino espacios y momentos de contingencia en el seno de una realidad determinada, todo lo cual quiere decir que la determinación no es absoluta por parte de ninguna ley de la naturaleza y la sociedad, sino que establece los modos e devenir en cuyo seno ocurren contingencias; en ese movimiento a las poblaciones humanas no sólo se les expone sino que se les imponen *procesos destructivos* ligados a las formas de inequidad en la vida social, y a la vez *procesos perfeccionadores y protectores* ligados a las formas solidarias y equitativas de organización de la vida social; una realidad donde hay campo para que opere la identidad cultural propia de los grupos en la determinación de sus modos de vida, pero donde también hay un movimiento multicultural del conjunto y elementos ideológicos que atraviesan a toda la sociedad; finalmente una realidad en que ningún orden de acción es prescindible o de menor importancia, pues se considera que, así como los grandes procesos de la estructura productiva y del mundo político y cultural inciden en la determinación de la historia de los grupos y de las personas, así también las acciones de la vida cotidiana son históricas porque son la mediación entre la reproducción inmediata de la existencia y las formas más altas de lo colectivo [Heller 1987].

Para trabajar con esa visión de la Salud Pública se requiere metodológicamente de un metarelato crítico que no se pretenda como una narrativa maestra o discurso matriz, y que no impida la vigencia de las distintas visiones culturales, sino que opere como un metadiscurso que permita comprender los procesos de la salud colectiva como totales, que ofrezca a los estudios sobre lo simbólico una teoría social y política, y que pueda operar como un instrumento de coordinación de una lucha emancipadora en la cual cobren vida los discursos de los “otros” y sus articulaciones, pero no se difumine su pertenencia social [McLaren 1997; García Canclini 1993].

En concordancia con ese marco praxiológico se comprende que la lógica de la descripción de la salud colectiva no puede ser exclusivamente matemático formal, es decir cuantitativa, ni exclusivamente atributiva y textual. Se requieren operaciones lógicas atributivas y funciones descriptivas formales para describir la realidad de salud, es decir necesitamos buenas matemáticas pero también buenos procedimientos de observación intensiva y análisis cualitativo para mirar la realidad, no solo como fruto de la necesidad de mayor rigor académico, sino para poder articular el discurso de la ciencia, de lo académico con los discursos que pertenecen a otras formas de saber que tienen mucho que hacer en la lucha por la salud. En resumidas cuentas, se requiere de un método analógico dialéctico que no desprende sus reglas ni de la observación pura ni de ninguna facultad teórica sino de la praxis, pues es en la producción humana donde la actividad se transforma en los modelos con que los seres humanos se apropian del mundo y desprenden las reglas necesarias para arrancar y desarrollar el proceso de conocimiento [Samaja 1993].

Cierta crítica al monismo lógico que se impuso en la vertiente académica muy ligada al enfoque empirista y al predominio de un paradigma cuantitativista, pretende sustituirlo ahora por un paradigma culturalista, pero nada ganaríamos si pasamos del fetichismo de los números y los malos usos de las estadísticas, al fetichismo de los discursos y de los malos usos de las técnicas “cualitativas”.

Algunos Aspectos del Debate Contemporáneo

En años recientes, la crítica epistemológica más avanzada penetra no sólo en una discusión del campo interno de la ciencia, sino que se dirige hacia una transformación radical de la relación entre la ciencia y los otros saberes. En lo que atañe al campo “interno” el despunte de una creciente preocupación por salir de los moldes de toda forma de determinismo s clave y entraña tanto posibilidades de avance, como de retroceso a una sustitución de fetichismos –cambiar las rigideces del determinismo por la alienación del indeterminismo– y en cuanto al campo “externo”, la crítica a la visión unicéntrica del pensamiento de la Ilustración positivista que se ha incrustado en el pensamiento científico, es otro elemento marcante del clima epistémico contemporáneo, y va ligada a un proceso de cuestionamiento de cualquier tipo de autoritarismo e iluminismo en el campo práctico político.

A nuestro entender el tratamiento del primer problema, el del determinismo, requiere de una comprensión de la diferencia entre determinismo y determinación, pues es algo distinto

sostener que la realidad y sus fenómenos dependen o están causados totalmente por un conjunto elemental de leyes de cuyo conocimiento depende toda explicación, y es cosa distinta comprender que existe en la realidad un modo de devenir con procesos generativos en los que intervienen, con mayor jerarquía, algunos procesos cuyo peso es definitorio a la hora de establecerse los límites y contenido del movimiento en su conjunto. Así por ejemplo, en la realidad social y en la evolución de un ecosistema hay relaciones múltiples e interdependencias de varios signos, pero las formas de devenir del conjunto, por ejemplo, las condiciones históricas de poder y concentración de la propiedad, atraviesan esas relaciones sobre determinándolas, es decir, la historia del todo social, pone límites y algunas características a la historia de las partes y sus relaciones, aunque no de manera absoluta porque existen también momentos y fenómenos imprevistos, espacios de indeterminación que son parte de la realidad y que en algunos espacios circunscritos pueden producir consecuencias determinantes. Las regularidades entonces no son absolutas en un sistema, pero tampoco existe ausencia de jerarquía y determinación en el sistema.

En cuanto al problema de la relación de los paradigmas científicos con los otros saberes, están implicados dos tipos de problemas: primero, lo que se ha denominado la necesidad de una “segunda ruptura epistemológica” [Santos 1995] que alude al hecho de que una vez ocurrida la primera ruptura descrita por Bachelard del pensamiento científico con el sentido común, se vuelve indispensable un reencuentro de la ciencia con el sentido común, un nuevo vínculo entre una ciencia que se renueva, que al hacerlo contribuye a generar un sentido común más evolucionado y que se plantea como uno de sus propósitos el producir juntos una nueva forma de conocimiento. Esa revalorización de los otros saberes y la superación de los moldes rígidos del científicismo es lo que se ha denominado “ciencia posmoderna” -algunos utilizan la denominación posnormal, en una clara alusión al concepto kuhniano de “paradigma normal”- que, en su versión progresista gira sobre la búsqueda de una nueva configuración del conocimiento humano ligada a la emancipación social e individual y la equidad entre los discursos; en segundo lugar, presupone la redefinición de las relaciones de la ciencia con el poder y un replanteamiento democratizante de su vinculación con las tareas participativas de construcción amplia de una sociedad de equidad.

Porque la otra vertiente postmoderna neoconservadora trabaja en cambio en dirección opuesta. Se ha inscrito en el momento de la crisis de los paradigmas de la ciencia moderna en un sentido regresivo, deconstruyendo todo enfoque sistémico, sobredimensionando lo individual, lo local y la diversidad. Una negación de la dimensión total de la realidad, que trata de desarmar las posibilidades de un movimiento solidario y concatenado, en la totalidad y en lo local simultáneamente, y vinculado a la emancipación de la sociedad, a la construcción de equidad profunda y a la tan necesaria disolución auténtica de toda forma de concentración de poder excluyente.

Un aspecto de enorme interés para el modelo praxiológico es lo que ha dado en llamarse la *ciencia de la complejidad* [Morin 1996]. En años recientes y también como réplica a las concepciones del paradigma positivista que dominó buena parte de la actividad científica, y que expandió en todos los campos disciplinares su énfasis en la lógica de la generalización bajo un modelo teórico determinístico, surgen propuestas contrarias, encaminadas a buscar

la diversidad y los micro patrones de desorden e indeterminación [Almeida e Paim 1999]. A la preocupación positivista de encontrar leyes como reducciones simples de la realidad se opone la necesaria comprensión de la complejidad.

En efecto, el marco histórico del positivismo como pensamiento científico hegemónico, heredero de la Ilustración, se desarrolló bajo la episteme dominante de la Modernidad Europea, centrada en el culto a la razón y el poder de la ciencia que podía reducir todas las explicaciones del mundo en la forma de leyes. La ciencia europea se convertía así en el instrumento único de todo saber y en la herramienta de una historia siempre progresiva. Eran momentos en que se imponía paralelamente desde el Siglo XVIII, la noción ensimismada de que nacía en Europa la civilización y de que los otros pueblos con sus saberes debían medir el avance de su cultura y pensamiento respecto a esa única vara del progreso. Los modelos que surgieron bajo el manto positivista tuvieron como presupuestos el monismo y el determinismo que son dos puntos de análisis de los argumentos epistemológicos actuales.

El clásico reconocimiento de la dialéctica de la diversidad se expande ahora en las interesantes formulaciones de la complejidad y emergencia, que encajan en el marco de lo que ha sido designado como “ciencia de la complejidad” [Morin 1996]. Se busca impulsar un principio de explicación más rico que el de la simplificación (separación/reducción) que podemos denominar principio de complejidad y que trata de reconocer los trazos constitutivos de lo complejo, que no contiene apenas la diversidad, desorden, aleatoriedad, más comporta, evidentemente también, sus leyes, su orden, su organización.

En la Salud Colectiva Latinoamericana la construcción de una visión de la complejidad ha sido un largo proceso de acumulación que se activó en la década de los setenta en campos como el de la Epidemiología, cuando comenzaron a formularse los primeros planteamientos sobre la relación entre la determinación histórica estructural y biológica de la enfermedad [Laurell 1977]; cuando se publicaron los primeros trabajos críticos sobre el carácter multidimensional de la determinación de la salud y el análisis de los ecosistemas – con sus procesos generales, particulares y singulares-, en los que se entrelaza el movimiento contradictorio, destructivo y protector de los procesos biológico individuales con los procesos colectivos de varios órdenes [Breilh 1979]. De esas primeras rupturas con el marco reduccionista, se avanzó en años posteriores hacia la complejidad de distintos tipos de movimiento que participan en la determinación y que implican un intenso dinamismo entre los dominios colectivo más amplio, la vida cotidiana y los procesos genofenotípicos–histórico estructurales, de retroalimentación, de causación simple, probabilísticos y caóticos- [Breilh 1987]; se implementaron sólidos cuestionamientos a los rígidos moldes metodológicos de la epidemiología empírica [Almeida 1989, 1992a, 1992b]; y se han propuesto algunas soluciones para la articulación de esa realidad compleja de la salud donde operan procesos de varios dominios, dimensiones y niveles jerárquicos bajo relaciones de subsunción [Breilh 1987] o interfases jerárquicas y planos de emergencia [Samaja 1997] donde tales interfases constituirían el lugar de articulación de problemas y de incerteza de la teoría [Schramm & Castiel 1992]; las colocaciones acerca de la construcción histórica del espacio de la salud y su eco-geografía [Breilh et al. 1987 Sabroza 1992].

La discusión de los paradigmas de la salud colectiva se ha beneficiado ricamente de los avances y propuestas generados desde otras disciplinas, a pesar de que las construcciones hegemónicas del objeto han determinado un “benigno descuido” de un trabajo interdisciplinario más cuidadoso [Trostle 1986]. A manera de ilustraciones representativas se puede mencionar sin embargo algunos contactos relevantes. Se esgrimieron, por ejemplo, argumentos importantes desde la antropología respecto a la articulación entre la trama histórico estructural y los variados procesos culturales del modo de vida para la producción y reproducción de las condiciones de salud [Menéndez 1990, 1991]. También desde el campo de la geografía surgieron aportaciones de gran influencia para la ruptura de las nociones convencionales sobre el espacio y el tiempo de la salud que se habían enquistado en las versiones empiristas, no sólo los trabajos clásicos de geografía de la salud [Harvey 1973], sino importantes producciones más recientes [Santos 1985, 1997]. También las ciencias básicas biológicas han ofrecido aportes de los que se han nutrido los nuevos paradigmas de la salud, es el caso de los profundos replanteamientos de la relación genotipo-fenotipo-ambiente [Levins & Lewontin 1985], o las propuestas desde la genética para la articulación con lo social [Penchaszadeh 1994]; así como aportes surgidos desde una nueva entomología para el replanteo de la relación entre los procesos histórico estructurales, el comportamiento de los insectos vectores [Miranda 1985]. En fin, unas veces por fertilización cruzada y en otras porque los objetos de preocupación de dichas disciplinas se relacionan de una u otra manera con el objeto de la salud, han sido muchos los puntos de contacto epistemológico.

ALGUNAS LECCIONES DE LA HISTORIA DE LOS PARADIGMAS DE LA SALUD PÚBLICA

En momentos en que vuelve a difundirse la preocupación por una “nueva salud pública” es especialmente importante extraer algunas lecciones de la historia y desentrañar las posibles conexiones entre algunas divergencias del pasado y las de la actualidad. Establecer cuál o cuáles de los modelos teórico prácticos ha primado y porqué. Reconstruir el panorama del cambio de paradigmas sin caer en una versión elitista y lineal de la historia de la Salud Pública.

El desenvolvimiento de una ciencia no es lineal, ni siempre progresivo y el caso de la Salud Pública no es excepción. En la mayor parte de veces al revisar el pasado, lo que se observa es un conjunto de debates históricos entre paradigmas que no responden sólo a la lógica interna de la disciplina, sino a condicionamientos políticos y epistémicos de la sociedad, motivo por el cual es un error tratar los “modelos” teórico-prácticos como una secuencia simple única de acumulaciones, pues lo que ha caracterizado el desarrollo del conocimiento es la contraposición de visiones, y aunque una de aquellas permanezca subordinada y menos visible no por eso es menos real, ni ha dejado de participar en la historia del saber.

A pesar de la autonomía relativa de la ciencia y aunque los paradigmas no siempre se muestran nítidamente ligados a intereses o clases sociales específicos, ni se hallan configurados con “pureza”, implican una lectura particular de la confrontación entre la vertiente conservadora del pensamiento que alimenta el poder y la hegemonía, frente a los

propósitos emancipadores de los grupos democráticos y el pensamiento que los impulsa; un condicionamiento del que ninguna forma de pensamiento puede escapar. La reflexión histórica, y epistemológica debe procurar no sólo identificar los paradigmas de cada época sino sus relaciones para completar el su ciclo.

Con la aparición de la sociedad moderna se consolidó un vínculo activo entre la producción, el poder y la ciencia institucionalizada. Las distintas ramas de dicha ciencia, según su especificidad, fueron convertidas en instrumentos decisivos para el crecimiento de la fuerza productiva, o para planificación estatal y la gobernabilidad. El descubrimiento de materias primas (Siglo XIX), la ingeniería de procesos (primeras décadas del Siglo XX) y la instantaneidad de la comunicación digital para el dominio global de la economía (Capitalismo tardío) son claros ejemplos de la primera función directamente productivista. Pero también cierta actividad científica ha cumplido un papel importante en la reproducción, control y legitimación del poder y la reproducción de la estructura simbólica que sustenta una forma de hegemonía; así lo evidencia la propia historia de la Salud Pública. Un ejemplo extremo y ampliamente documentado de ese tipo de función ocurrió a principios de Siglo, cuando los intereses de la Petrolera “Standard Oil” y del gobierno norteamericano lograron abrirse paso y transformar su imagen negativa en el clima histórico generado por la Revolución Mexicana, mediante la penetración y el ablandamiento -revestidos de inocente filantropía-, de una campaña de investigación y prevención de la fiebre amarilla [Solórzano 1997].

La confrontación de paradigmas se comprueba en el caso de la Epidemiología cuando observamos que en el Siglo XIX mientras los sectores conservadores se inclinaban por las concepciones y preceptos del contagionismo, los sectores democráticos respaldaban la teoría social del miasma; mientras en las primeras décadas del Siglo XX los grupos conservadores sustentaban el paradigma cerrado de la teoría del germen y de la uncausalidad, los de pensamiento más avanzado apoyaban un paradigma social incipiente más abierto; ya en las décadas posteriores del siglo actual, el canon rector del pensamiento conservador ha sido el multicausalismo empírico, y el funcionalismo que lo proyecta en la práctica, mientras las propuestas más progresistas se han inclinado por un paradigma multidimensional, integrador y participativo.

Los programas de apertura sanitaria de puertos y territorios económicos de la época colonialista hasta el último tercio del Siglo XIX, se inscribieron en el propósito de consolidar el aparato económico y político en los espacios de conquista que los centros coloniales abrían en el mundo colonizado, la aplicación de una versión “de ultramar” del modelo contagionista y de la policía médica, al mismo tiempo que “casa adentro” se implantaba la versión central de la policía médica, con su paradigma epidemiológico contagionista y su lógica normatizadora, centralista y autoritaria, que contribuía a consolidar la nueva configuración del espacio urbano, especialmente propicio para el desenvolvimiento de la revolución industrial y la implementación del capitalismo de la Gran Industria. Pero en el seno de esa misma sociedad y en oposición a la episteme normatizadora y marcada aun por los ecos de la lógica absolutista, irrumpió el pensamiento liberal revolucionario, con su episteme ligada a la urgencia económica y humano-política del dejar circular y dejar hacer, contradicción histórica de enorme peso epistemológico y

las primeras expresiones de un sanitarismo contrahegemónico, que emanaba de las dramáticas condiciones de la fuerza de trabajo en las fábricas europeas que como las de Manchester y Birmingham vivían la avidez por la prolongación inhumana de la jornada de trabajo [Breilh 1979; Tesh 1988].

Ya en el período del capitalismo monopolístico, a fines del Siglo XIX y comienzos del XX, el cambio del eje productivista hacia las formas intensivas y de mayor tecnificación, forzado también por la lucha social para limitar la duración de la jornada laboral, otorgó centralidad epistémica en la salud al rendimiento y exploración de la “máquina corporal”, la investigación de la fatiga. Simultáneamente en esta nueva etapa de expansión y desarrollo de las fuerzas productivas, se tornó indispensable la profundización del estudio de la naturaleza. La indagación microbiana pasteuriana, en cuyo seno se acunó la teoría del germen estuvo directamente ligada a las industrias cervecera, siricultora y ganadera. Era la base histórica adecuada para un paradigma científicista como el flexneriano que se cerraba drásticamente al mundo social y se tornaba profundamente biologicista. Pero al mismo tiempo, que se levantaba la infraestructura nata de tal paradigma que era los hospitales, el pueblo asalariado crecía en su organización y demanda hasta consolidar a fines de los 40s y 50s un pacto social para el acceso a esos servicios por intermedio de la seguridad social. Es en concordancia con esa lógica y bajo la episteme contraria de los derechos sociales, que se incubó un modelo de salud pública subalterno que podríamos ligarlo paradigmáticamente a pensamientos como el de Stern y Sigerist [Breilh 1979]. Es una época en que de alguna forma los dos paradigmas opuestos comparten elementos positivistas comunes [Almeida & Paim 1999] pero que se insertan en lógicas distintas frente al tema de la equidad y la distribución.

Hacia las décadas de los 50s y 60s se produce una de las más importantes crisis del capitalismo monopolístico de entonces, el trastocamiento de la anterior compensación urbano rural, e irrumpe una acumulación de desempleo que rebasa los márgenes clásicos del ejército industrial de reserva, acumulándose desde entonces una creciente masa de subasalariados –erróneamente denominada por algunos como masa marginal o de excluidos- que ha sido desde entonces vital para la acumulación de capital –función de contención salarial- pero a la que no se pudo ofrecer las conquistas del pacto social como la seguridad social. Si a lo anterior sumamos la aparición de los primeros signos de ineficacia del modelo hospitalario-asistencial, se podrá comprender como empezaron años propicios para el surgimiento de lo que Arouca denominó el modelo preventivista. Por el mismo motivo que la masa subproletaria no era una prioridad económica, ni tampoco implicaba una acentuada preocupación política por su bajo nivel de organización, la lógica de ese tiempo, que impregnó el paradigma preventivista era la de la prioridad limitada y, además, ante la clara primacía e influencia del modelo hospitalario, el modelo se mantuvo fuertemente medicalizado. Así se explica que a partir del hito de la Conferencia de Colorado Springs se establece un tipo de medicina preventiva, básicamente medicalizada y con escaso énfasis preventivo real. [Breilh 1979; Tesh 1988; Almeida & Paim 1999] El modelo epidemiológico correspondiente a esa lógica era el de la multicausalidad -cuya crítica ya se planteó en América Latina desde la década de los 70 y sólo recientemente en algunos núcleos del Primer Mundo-. La expresión final de este período del capitalismo, en que aun se mantiene en la episteme dominante un respeto, aunque atenuado, por los

derechos del pacto social y la responsabilidad del Estado por tales derechos es que surge la variante de Alma Ata de “salud para todos” y que aun plantea extensión de cobertura pero con servicios simplificados, desprovistos de un sistema global de medicina socializada, peor aun de un sistema de integral de prevención. En Canadá surge la tesis importante del Informe Lalonde que contradice la óptica reduccionista que se impone en la práctica de las instituciones internacionales más allá de su retórica, y que se abre integralmente al conjunto de la reproducción social, reforzando la idea de una promoción integral, de defensa de la calidad de vida y de preocupación por el ambiente. La viabilidad de dicho planteamiento an algunas ciudades canadienses se debió a la existencia de un sistema de medicina socializada. Para el caso de América Latina, en esta etapa se desarrolla en los núcleos más democráticos una primera fase de reconceptualización y crítica epistemológica del modelo empírico funcionalista imperante y se sientan las bases teórico organizativas de lo que más tarde de consolidará como un movimiento que se plantea como contrahegemónico el paradigma general de la salud colectiva y el paradigma de la epidemiología crítica.

Es en los años 80 que comienza la *deconstrucción* de los derechos sociales y de la salud con el advenimiento del Estado neoliberal. El llamado capitalismo tardío de la globalización presupone un nuevo orden en que las economías centrales abandonan el esquema fordista y el estado benefactor e implementan una reestructuración en redes de la organización empresarial, descentralizándolas pero al mismo tiempo acentuando el control. Es una era de purificación de la relaciones capitalistas de las “impurezas sociales” en momentos de extrema debilidad ideológica y organizativa de las bases sociales. Se desata un proceso de agresiva competencia para lo cual se implementan dos estrategias de recomposición productiva: la versión más benigna que se hizo posible en contextos más ricos y estables –llamada toyotista- de redireccionar el taylorismo y reorganizar el trabajo por involucramiento obrero, y la más drástica aplicada en contextos del capitalismo más pobre de flexibilización del trabajo mediante con sus funestas y masivas consecuencias en la salud de la masa trabajadora. En América Latina se da un empobrecimiento acelerado ligado a la desvalorización de sus capitales. En ese contexto la demolición de todos los rezagos de protección colectiva y solidaria como los de la seguridad social y la del Estado es un a necesidad estratégica vestida del ropaje de la modernización. Es un período de eficacia del poder, retroceso del derecho y masiva degradación de la calidad de vida y la salud [Breilh 1999].

La complejización de funciones en el Estado neoliberal ha determinado una diversificación de funciones en el marco de paradigma hegemónico de la Salud Pública. El proceso de cancelación del Estado benefactor y la racionalización del gasto ha demandado de la Salud Pública el estudio de niveles mínimos de supervivencia y cálculos de focalización, investigación de paquetes, pisos o planes mínimos de atención, cálculos de subsidio a la demanda, investigación de conjuntos de morbilidad manejable o “evitable”, y aun la investigación de trazadores genéticos para la selección y exclusión laboral. Todo hace parte de la episteme de los mínimos derechos con la máxima productividad.

La necesidad de optimizar la gestión bajo el mínimo gasto han requerido también la realización de investigación de alternativas gerenciales de carácter y autolimitación

funcional. Por último, la urgencia estratégica de administrar la miseria han precisado de estudios sobre la máxima resistencia gobernable y sobre las culturas locales para la producción de instrumentos de comunicación y persuasión [Breilh 1998]

El modelo neoliberal ha generado sus propias contradicciones y estreñimientos, lo cual desde el punto de vista socio-político le lleva a una profunda crisis de gobernabilidad que es el momento en que resurge la retórica de la “nueva salud pública”. Aquí nuevamente encontraremos las divergencias de intereses y la contraposición de lógicas diametralmente distintas para pensar lo nuevo. Si de lo que se trata es de remozar los viejos esquemas de salud para todos e insumirles vitalidad en momentos de extrema crisis de legitimidad, entonces el trabajo estará condenado al servicio de nuevas formas de hegemonía, si de lo que se trata es de fortalecer una propuesta inscrita en la construcción de una sociedad humana y democrática, basada en la equidad plena

HACIA UN PARADIGMA INTEGRAL

A la luz de las reflexiones expuestas y de esta breve revista histórica podemos intentar un esclarecimiento de los términos del debate conceptual necesario y algunos lineamientos básicos sobre las bases de una nueva Salud Colectiva.

A pesar de la madurez alcanzada en la tarea epistemológica en la salud colectiva latinoamericana y de su rico contacto con las formulaciones del pensamiento filosófico y epistemológico contemporáneo, queda aun trabajo por hacer en varias líneas: el debate acerca del carácter determinado o indeterminado de la realidad y por tanto de los presupuestos básicos de una teoría de la causalidad; concomitantemente con lo anterior, el debate sobre el carácter continuo o discontinuo de la realidad, con sus implicaciones para la interpretación de la existencia o no de procesos unificadores –que podríamos denominar transversalidades- cuyo esclarecimiento es necesario para imprimirle al proceso una direccionalidad y para concebir las diferentes formas de acción, así como los criterios para evaluarlas; por otro lado, hay que contrastar el contenido y las implicaciones de las distintas acepciones de la complejidad, con todo lo que aquello implica para la comprensión de la relación social-biológico -si se trata de un nueva teoría de los sistemas, y de ser así, como sería su organización jerárquica- A pesar de la madurez alcanzada en la tarea epistemológica en la salud colectiva latinoamericana y de su rico contacto con las formulaciones del pensamiento filosófico y epistemológico contemporáneo, quedan aun trabajo por hacer en varias líneas: el debate acerca del carácter determinado o indeterminado de la realidad y por tanto de los presupuestos básicos de una teoría de la causalidad; concomitantemente con lo anterior, el debate sobre el carácter continuo o discontinuo de la realidad, con sus implicaciones para la interpretación de la existencia o no de procesos unificadores –que podríamos denominar transversalidades- y para las diferentes formas de concebir la acción y la noción de progreso; por otro lado, las distintas acepciones de la complejidad, con todo lo que aquello implica para la comprensión de la relación social-biológico -si se trata de un nueva teoría de los sistemas, y de ser así, como sería su organización jerárquica-, y las prioridades para una acción eficaz; es igualmente importante el debate sobre el peso determinantes del orden micro o el orden socio estructural macro en la determinación; es decisivo el estudio de la relación necesaria o la inconmensurabilidad entre la ciencia y el saber popular, así como los vínculos entre los

trabajadores especializados de la ciencia y la población en el proceso de conocimiento; la forma de participación de la epidemiología en la gestión –contrahegemonía o funcionalidad-.

La nueva salud pública si quiere posicionarse como recurso científico técnico de la humanización de la vida –en el trabajo; en la defensa del consumidor; en la construcción de una cultura de la vida y una subjetividad emancipadora; en la conquista de la equidad en el poder de decisión y en el usufructo y acceso a los bienes; y en las relaciones con la naturaleza-; si anhela participar frontalmente en el impulso de la calidad de vida; y si desea constituirse en una herramienta válida para el control social; tiene que poseer ciertas características básicas:

Características Básicas de un Sistema de Salud Pública

Direccionalidad:

El modelo de conocimiento-acción debe asumirse como un instrumento organizado alrededor de la búsqueda de una auténtica equidad -social, de género y etno-cultural- o, inversamente, como un arma de lucha contra la inequidad, que sería una transversalidad o perspectiva que debe permear todos los conceptos y todas las acciones, lo que implica la intervención organizada para revertir los privilegios y conquistar el acceso igualitario, así como las necesarias compensaciones humanas e históricas de quienes han desarrollado su vida bajo la subordinación.

Otra característica que debe atravesar todo el sistema, es la lucha por el empoderamiento popular y por la construcción de opciones igualitarias en el acceso al poder y la participación. En este sentido es un recurso de construcción de autoconfianza y capacidad de negociación de la colectividad, de sus agentes frente a los interlocutores de la academia, del Estado y de las élites del poder.

La concepción global del sistema de salud pública tiene que girar alrededor de mecanismos solidarios humanos, sociales, de género y etnoculturales.

La salud pública tiene que concebirse como un espacio de multiculturalidad crítica e interculturalidad. Lo primero porque ayude a fortalecer la identidad colectiva de cada conglomerado, respetando las diferencias, la alteridad, y favoreciendo una alianza intercultural solidaria que permita que todos aporten por el crecimiento de la capacidad de cada grupo para aportar en la construcción de la identidad polivalente del conjunto. Tendría que sustentarse en la doctrina de la conmensurabilidad y complementariedad de los saberes y en la convicción de la capacidad de todos éstos para la comprensión de los problemas y la operacionalización de instrumentos y soluciones.

Debe constituirse en un escenario donde el ejercicio de actividades curativas, preventivas y de promoción contribuyan a un espíritu de ciudadanía crítica y de perfeccionamiento consciente de las potencialidades genotípicas y fenotípicas de las colectividades.

Un sistema de salud pública nuevo tiene que concebirse como un recurso especializado de control social sobre la gestión y la toma de decisiones de todo orden en el campo de la salud, impulsando los paradigmas gerenciales democráticos que se oponen a la racionalización de la miseria y la reproducción de las estructuras inequitativas de poder.

La salud pública tiene que participar intensamente en la humanizar las relaciones de la sociedad con la naturaleza y la construcción de una ecología saludable. Cabe una ampliación de este punto.

La conquista de ecosistemas saludables no puede realizarse mediante programas marginales y medidas cosméticas. El problema ecológico es sin duda un tema álgido para la sociedad contemporánea y un objeto científico de primera importancia cuando se trata de formular alternativas válidas para el desarrollo. En efecto, la preocupación por la naturaleza, tanto hace parte de la agenda del poder, como de la de las organizaciones y movimientos de lucha social, claro está desde ángulos de interés muy distantes. La historia de los esfuerzos humanos por subyugar la naturaleza es también la historia de la subyugación del hombre por el hombre, por eso existe una estrecha relación entre el grado de inequidad que caracteriza una estructura social y el grado de destructividad ecológica de la misma.

Por eso, no es factible ni sustentable una propuesta ecológica de amplio aliento, que no vaya ligada a una propuesta de justicia social y de construcción de equidad, así como a una política de humanización de las actividades para recobrar el sentido verdadero y real del avance colectivo. Es ilusorio creer que puede defenderse la naturaleza y promoverse la biodiversidad, mientras el aparato económico, la estructura de poder, la lógica de la ciencia, de la educación y de la vida misma, sigan en manos de los monopolios y bajo la óptica inhumanamente competitiva y desterritorializada del gran capital transnacional.

El caso de las ciudades y de los procesos urbanos en la era global, ilustra mejor que ningún otro la tendencia que tratamos de perfilar, y la insólita concentración de problemas ecológicos. La estructura del espacio urbano implica, una alta densidad y aceleración productiva, desprovistas de una ética ecológica, y además, un ritmo de transformación cultural inédito, no sólo por la disponibilidad informacional, sino porque la exterioridad de las ciudades, impone a la población urbana, sobre la base de la rápida transformación de los patrones familiares y culturales, a una sobrestimulación cultural acrítica que afecta la consolidación de identidades, de valores humanos y hasta las bases psico-sociales de la salud. En ese tipo de escenario, el espacio simbólico de las ciudades se convierte en un gran polutor, con consecuencias más nefastas muchas veces, como lo sabemos los médicos, que los tóxicos de las industrias y el plomo de los automotores. Las ciudades son el territorio por excelencia de los monopolios, el espacio privilegiado de la globalización, o mejor dicho de la totalización del mercado, y por eso, también es más compleja y pronunciada su problemática ecológica.

Definición Autárquica y Democrática de la Necesidad:

La Salud Pública debe promover como un acto de promoción de la salud, la capacidad creciente de las colectividades para formular estratégicamente su necesidad en salud, la cual está formada por requerimientos básicos universales y por requerimientos social e históricamente construidos [Doyal & Gough 1991]. La necesidad y la seguridad humana de la cual forma parte una ecología segura, no pueden ser negociables, ni sujetas a criterios de restricción y minimización que dependan de la concentración de recursos o conveniencia de ninguna élite, ni social, ni de género ni étnica.

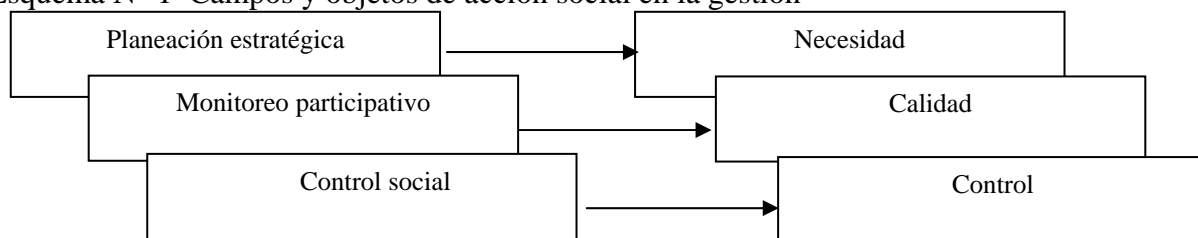
Para trabajar en un proceso solidario de construcción participativa de la necesidad los expertos y los intelectuales orgánicos de la colectividad pueden apoyarse en la formulación de *matrices de procesos críticos* [Breilh 1999]. Mediante las cuales se establece la concreción espacio-territorial; las dimensiones del perfil epidemiológico puestas de relieve –procesos determinantes, expresiones de salud (genofenotípicas) y ambientales (ecológicas)-; y los grupos humanos clave, definidos según su inserción social, su condición de género y etno-nacional. Surgen de un trabajo de planeación estratégica. Cabe aclarar que *proceso crítico* es un objeto dinámico de transformación de una gestión de salud, que se define o concreta en la confluencia de un *territorio o espacio social*; donde se destacan con fines de gestión ciertas dimensiones del perfil epidemiológico; aplicados a grupos sociales claves en el proceso participativo; todo lo cual implica enfocar con preeminencia ciertos efectos o procesos terminales.

Calidad Real Bajo Control Social:

En la actualidad se debaten los principios de interpretación de la calidad para despojarlos de la visión productivista y funcionalista que se ha difundido a partir de la extrapolación de la lógica empresarial en el campo de los servicios sociales.

La conceptualización y control de la calidad es una parte decisiva del proceso de gestión que se expone en el esquema N° 1. Las más importantes tareas que con sentido innovador pueden cumplirse en el campo de la gestión: la planeación estratégica participativa, frente a la *necesidad* colectiva en salud; el monitoreo participativo de la *calidad* de vida y de los programas y servicios; y las acciones de *control* de la colectividad sobre la gestión en salud de todo orden.

Esquema N° 1 Campos y objetos de acción social en la gestión



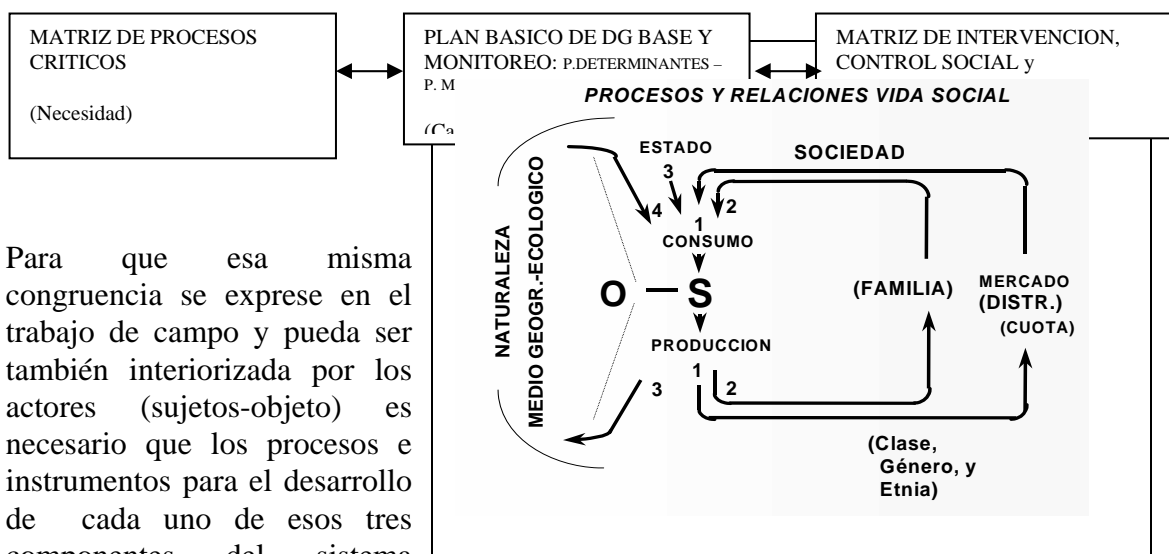
La información sobre *calidad de vida* se expresa en el diseño de un *plan básico de monitoreo*, enfocado como módulos referidos a las relaciones prioritarias encontradas en la

matriz de procesos críticos: *procesos determinantes* (destructivos y protectores)---*procesos mediadores*---*procesos terminales* (indicadores de deterioro e indicadores saludables) tanto en las personas como en el entorno ecológico.

La información sobre la gestión y las negociaciones, se enfoca sobre las acciones y propuestas y se puede ordenar en una *matriz de intervención, control social y evaluación*: establece las relaciones, prioridades y secuencias de los planes estratégicos alrededor de los procesos críticos del perfil epidemiológico –que se precisan en forma de módulos DAP-; los sistemas de monitoreo y programas de prevención-promoción sobre los mismos; y el sistema integrado de información epidemiológica participativo del conjunto –es decir, esta matriz concreta la *calidad de acciones y propuestas epidemiológicas*.

El *programa de gobierno*: que establece las formas de participación en el sistema epidemiológico, tanto el institucional (aparato estatal), como el de la colectividad (espacio del privado social e individual) –el programa concreta las *formas de control epidemiológico*.

Congruencia Entre los Tres Componentes del Sistema



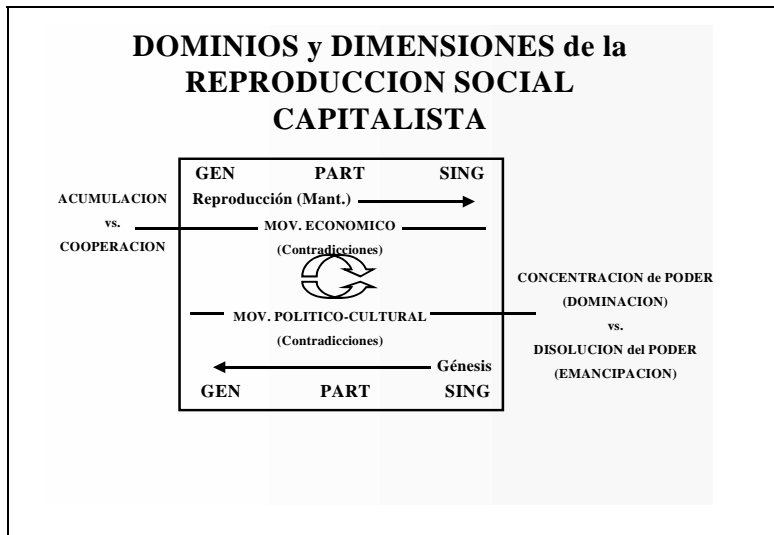
Para que esa misma congruencia se exprese en el trabajo de campo y pueda ser también interiorizada por los actores (sujetos-objeto) es necesario que los procesos e instrumentos para el desarrollo de cada uno de esos tres componentes del sistema

permitan visualizar las relaciones entre “necesidad”, “calidad” y “control”. O sea, que los actores puedan enterarse de cual es la calidad de salud y de acciones que se obtienen respecto a la necesidad prioritaria definida, y puedan establecer si existe un control comunitario sobre el conjunto del proceso.

Una Visión Integradora y Dialéctica de la Complejidad de la Salud

La realidad se caracteriza por una *complejidad integrada y jerárquica y en continuo movimiento*, cuyo modo de devenir y límites de autonomía están subsumidos a las posibilidades reales dadas por procesos jerárquicamente dominantes de la vida social.

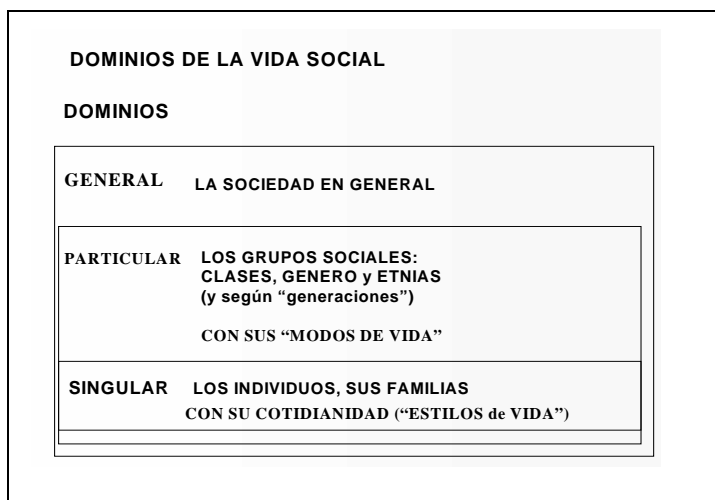
El desenvolvimiento de los procesos tiene un modo de devenir determinado



(determinación) dentro del cual existen posibilidades de irregularidad e incertidumbre (indeterminación). Los momentos de determinación obedecen a regularidades como las de contradicción, interacción, causación, probabilísticas y caóticas, cuyo desarrollo es propio o particular de cada dominio, pero cuyos límites están subsumidos y atravesados por esas determinaciones jerárquicamente superiores

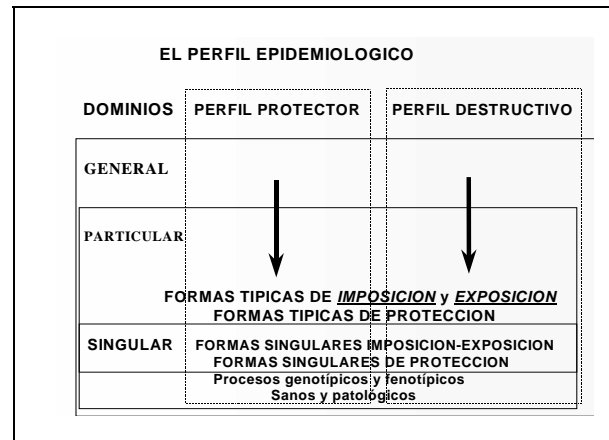
de la vida social, que son las que determinan las posibilidades reales de producción, así como las posibilidades históricas de distribución y disfrute, siempre bajo condiciones específicas de equidad/inequidad. Junto a ese movimiento con las cuales y en íntima interrelación se desarrollan condiciones específicas de producción-concentración de poder, y de producción simbólica.

Es importante reconocer que en la relación entre la sociedad y la naturaleza se crean ricas y diversas conexiones que forman parte de un ecosistema, pero esas conexiones no ocurren descontextualizadas, sino que están atravesadas por las relaciones estructurales y las condiciones de poder de una sociedad. En la sociedad capitalista la reproducción social asume la forma de acumulación económica y concentración de



poder (incluido el poder simbólico), pero en su propio seno existen oposiciones de cooperación y desconcentración de poder. En ese sistema de poder se interpenetran expresiones de clase social, género y etnia. La reproducción del sistema tiende a desarrollarse de los macro a lo micro, de los fenómenos generales hacia los particulares y singulares; mientras que la génesis de condiciones locales y específicas, está profundamente determinada por el movimiento generativo de lo micro a lo macro, de lo singular y la cotidianidad, hacia lo particular y general.

La realidad social, sentido amplio, se mueve en y entre diferentes dominios: el de los procesos y contradicciones generales que corresponde al ámbito de la sociedad en su conjunto; el de los procesos de los grupos sociales que existen como unidades de producción y acumulación de poder (clases sociales, géneros y etnias, con sus subgrupos generacionales), cada uno de los cuales tiene modos de vida diferentes; por último, los procesos de la cotidianidad familiar-individual que funcionan como unidades de práctica doméstica (que es más que el trabajo doméstico y lo incluye), es decir, unidades de reproducción supervivencia de la población y su fuerza de trabajo y de producción cultural-simbólico-ideológica, de subjetividades y de ideas políticas, existen con sus estilos de vida. En cada dominio de la vida social, existen tres tipos de realidad, la realidad empírica observable, la realidad actual que incluye la anterior más los procesos generativos particulares y la realidad general en la que se incluyen las anteriores más las los procesos generativos pasados e incluso los futuros.



En la realidad de salud, de la que forma parte la realidad colectiva (general y particular) y la realidad individual (singular con sus fenómenos genotípicos y fenotípicos), y que forma parte de los dominios antes descritos, operando bajo subsunción, ocurren también procesos contradictorios determinados, tanto por su propia lógica, como por la de las dimensiones más amplias de la realidad social.

Desde el enfoque específico del objeto salud, interesa analizar integralmente los dos sistemas contradictorios del perfil epidemiológico, que son el *perfil protector*, del que hacen parte todos los procesos protectores, soportes, defensas y beneficios que se generan, tanto en la sociedad general y atraviesan a toda la sociedad, beneficiando de modo variable a los distintos grupos (de clase, género y etnia), como los que se generan en el dominio particular que corresponde a los modos de vida específicos y sus relaciones con la sociedad más amplia; finalmente de este perfil hacen parte los procesos protectores y defensas que se dan en el dominio de la cotidianidad familiar y singular. En esos perfiles protectores se pueden estudiar patrones típicos de protección de los que disfruta el grupo correspondiente o individuo y su familia y que actúan para provocar la sobrevida. Cosa equivalente pero con un sentido epidemiológico contrario, ocurre con el *perfil destructivo*, del que también hacen parte los procesos destructivos, deteriorantes y agresores que se generan, en los tres dominios. En este caso, se pueden estudiar patrones típicos de imposición (sentido de lo permanente o definitivo), y los patrones de exposición (sentido de lo contingente o probable) que actúan para provocar diferentes consecuencias y grados de destrucción que se manifiestan por formas de mortalidad, de morbilidad y sobre-envejecimiento.

Las relaciones ecológicas son parte de todos los dominios y dimensiones analizadas porque atraviesan la reproducción social en todos sus órdenes.

Un paradigma de la salud pública debe establecer con nitidez el profundo sentido social y humano de lo ecológico. Para eso es indispensable distinguir las categorías: espacio, medio geográfico y medio ecológico, cuyo estatuto teórico-aplicativo y nivel de generalidad son distintos.

El *espacio* es un producto material, pues los seres humanos socialmente organizados dan al espacio sus formas, funciones, significados y relaciones [Castells].

El *medio geográfico* es un conjunto dinámico de procesos (condiciones) naturales transformadas históricamente, ubicadas y localizadas, es el entorno o soporte natural humanizado e históricamente construido [Santos 1985].

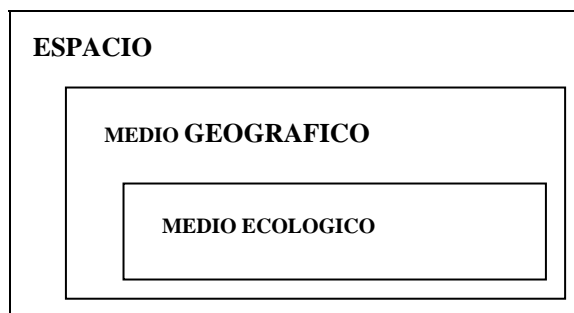
El *medio ecológico* es el conjunto de procesos y relaciones históricamente construidos de una especie con su entorno orgánico e inorgánico. Las relaciones ecológicas no son relaciones de adaptación u homeostasis con tendencia al equilibrio, los estados de equilibrio son sólo momentos de un proceso de intenso movimiento caracterizado por relaciones intensas de transformación entre los organismos y el medio ecológico [Levins & Lewontin] bajo condiciones históricas. En esas relaciones participan los genotipos con sus normas de reacción, los fenotipos con sus procesos fisiológicos y el medio ecológico con sus procesos biológicos e inorgánicos, procesos energéticos.

Desde el punto de vista de la salud las condiciones y relaciones ecológicas pueden ser parte del perfil protector, como del perfil destructivo de un grupo. Los distintos grupos viven en regiones bajo condiciones geo-ecológicas determinadas, las cuales al ser parte de su reproducción social constituyen un “corepidema” (Breilh 1982).

Las relaciones sociales de inequidad generan condiciones ecológicas destructivas de varios tipos.

En el siguiente cuadro se establece una matriz de clasificación de procesos ecológicos destructivos según procesos generativos.

| PROCESOS DESTRUCTIVOS | DOMINIOS GENERATIVOS | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------|-------------------------|
| | PRODUCCION Trabajo-Cons. Prod. | CONSUMO Individual | INTERCAMBIO | PRODUCCION SIMBOLICA |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| POLUCION *Física *Simbólica | | | | |
| DEPREDACION /DESTRUCCION | | | | |
| DESMEJORAMIENTO DE LA CALIDAD GEO-ECOLOGICA | | | | |

Es importante anotar que los ámbitos generativos de procesos ecológicos destructivos son la sociedad ampliada en su nivel general, los espacios productivos, los espacios domésticos y los espacios simbólicos.

Una matriz geo-ecológica regional puede ser un instrumento importante para ubicar los procesos críticos y corepidemas.

Es en base a este tipo de lógica que dejamos trazada que se han efectuado interesantes contribuciones a la investigación de las enfermedades transmisibles.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida Filho, Naomar (1989). *Epidemiología Sem Números: Una Introducción Crítica A Ciencia Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Almeida Filho, Naomar (1992). *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE-ABRASCO.
- Almeida Filho, Naomar (1992). *El Determinante Epidemiológico: Apuntes sobre el Concepto de Condiciones de Vida como Determinante de Riesgo*. Brasilia: Reunión Sobre Diferencias de Salud Según Condiciones de Vida.
- Almeida Filho, Naomar (1999). *La Ciencia Tímida* (en prensa)
- Almeida Filho, Naomar (1999). *O Conceito de Saúde: Ponto-Ciego da Epidemiologia*: Salvador: Conferencia em Concurso para Profesor Titular del ISC.
- Almeida Filho, Naomar e Paim, Jairnilson (1999). *La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica*. Rosario: Cuadernos Médico Sociales 75: 5-30.
- Bachelard, Gastón (1981). *La Formación del Espíritu Científico*. México: Siglo XXI, (9na ed.)
- Beck, Ulrich (1998). *La Sociedad del Riesgo: Hacia una Nueva Modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Best, S. (1989). *Jameson, Totality and the Poststructuralist Critique in "Postmodernism/Jameson/Critique"* (Keller, D. Edit.). Washington: Maiseis Press.
- Bhaskar, Roy (1986). *Scientific Realism and Human Emancipation*. London: Verso.
- Breilh, Jaime (1979). *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Quito: Ediciones de la Universidad Central del Ecuador.
- Breilh, Jaime; Campaña, Arturo; Granda, Edmundo; Paez, Rubén (1987). *Deterioro de la Vida: Instrumento para Una Planificación del Espacio Social*. Quito: Corporación Editora Nacional. Quito:
- Breilh, Jaime (1996). *El Género Entrefuegos: Inequidad y Esperanza*. Quito: Ediciones CEAS.
- Breilh, Jaime (1997). *Globalización y las Condiciones de Vida y Salud en América Latina*. São Paulo: Anais do 48º. Congresso Brasileiro de Enfermagem: A Enfermagem, os 70 Anos da ABEn e as Perspectivas para o Próximo Milênio.
- Breilh, Jaime (1997). *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*. Quito: Ediciones CEAS (3era ed.)
- Breilh, Jaime (1998). *La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología*. Rio de Janeiro: Conferencia al IV Congreso Brasileño de Epidemiología (en prensa en la Revista Brasileña de Epidemiología)
- Breilh, Jaime (1999). *Eficacia del Poder, Retroceso del Derecho y Degradación del Trabajo*. Brasilia: Conferencia al Encuentro Nacional de Salud del Trabajador.
- Breilh, Jaime (1999). *Lineamientos para la Implementación de un Sistema de Información Integrado y Participativo*. Quito: Documentos Técnicos del CEAS.
- Breilh, Jaime (1999). *Posmodernismo o Pensamiento Liberador*. Quito: Revista Espacios, 9:123-142.
- Breilh, Jaime; Campaña, Arturo; y Granda, Edmundo (1991). *Aproximación a la Geografía De las Condiciones de Salud-Enfermedad en el Ecuador en "Geografía Básica del Ecuador -Tomo II- (León, J. y Moya, A. editores)*. Quito: Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica del Instituto Geográfico Militar, p.91-110.

- Castellanos, Pedro (1994). *A Epidemiologia e a Organização dos Sistema de Saúde em “Epidemiologia e Saúde”* (Rouquayrol). Rio de Janeiro: Medsi (4ta ed.)
- Collins, Charles and Green, Andrew (1994). *Descentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries*. *International Journal of Health Services* 24 (3): 459-475.
- Chalmers, Alan (1997). *O Que é Ciência Afinal?* Porto Alegre: Editora Brasiliense.
- Doyal, Len and Gough, Ian (1991). *A Theory of Human Need*. London: Macmillan.
- Ebert, T. (1991). *Ludic Feminism, the Body, Performance and Labor*. *Cultural Critique*.
- Feyerabend, Paul (1985). *¿Cómo Defender a la Sociedad Contra la Ciencia?*
En “*Revoluciones Científicas*” (Hacking, I –Org.). México: Fondo de Cultura.
- Foucault, Michel (1978). *Las Palabras y las Cosas*. México: Siglo XXI
- Franco, Saúl; Nunes, Everardo; Breilh, Jaime y Laurell, Cristina (1985). *Debates en Medicina Social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.
- Gadamer, Hans George (1993).
- GarcíaCanclini, Hector (1993). *Gramsci e as Culturas Populares na América Latina em “Gramsci e a América Latina* (Coutinho, C. e Nogueira, M. –org.-). São Paulo: Paz e Terra.
- Gramsci, Antonio (1961). *Observaciones sobre el Folklore en Literatura y Vida Nacional*: Buenos Aires: Lautaro, p.240.
- Habermas, Jürgen (1981). *The Dialectics of Rationalization: An Interview with Jürgen Habermas*. *Telos*, 49 (English translation)
- Harvey, David (1973). *Social Justice and the City*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Heller, Agnes (1987). *Sociología de la Vida Cotidiana*. Barcelona: Península.
- Kuhn, Thomas (1969). *Posfácio em “A Estrutura das Revoluções Científicas”*. São Paulo: *Perspectiva*, 1975 p.215-257
- Larrea, Cristina (1999). *Tendencias de la Antropología en el Campo de la Salud*. Salvador: Instituto de Salud Colectiva (comunicación personal).
- Laurell, Cristina (1977). *Enfermedad y Desarrollo, Análisis Sociológico de la Morbilidad en Dos Pueblos Mexicanos*. México: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, 84: 131-158.
- Levins, Richard and Lewontin, Richard (1985). *The Dialectical Biologist*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lyotard, Jean-François (1986). *La Condición Posmoderna*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Macmahon, Brian (1975). *Principios y Métodos de Epidemiología*. México: La Prensa Médica Mexicana (trad. Segunda edición en inglés).
- Markovic, Mihailo (1972). *Dialéctica de la Praxis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Mclaren, Peter (1997). *Multiculturalismo Crítico*. São Paulo: Cortez Editora.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Hacia la Construcción de una Epidemiología Socio-Cultural*
- Menéndez, Eduardo (1991). *Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las Condiciones Sociales y Económicas de la Enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la Casa Chata.
- Miranda, Raúl y Ortega, Patricio (1985). *Economía y Oncocercosis en la Región Cafetalera del Soconusco, Chiapas*. México: *Nueva Antropología*, VII (28): 93 –127.

- Moreno, Alejandro (1995). *El Aro y la Trama: Episteme, Modernidad y Pueblo*. Caracas: Ediciones del Centro de Investigaciones Populares, 1995 (2da de.)
- Morin, Edgar (1996). *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- Penchaszadeh, Victor (1994). *Genética, Individuo y Sociedad: Desafíos para la Medicina Social*. Guadalajara: Ponencia al VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social.
- Rothman, Kenneth and Greenland, Sandern (1998). *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers (2th ed.)
- Sabroza, Paulo; Toledo, Luciano; e Osanai, Carlos (1992). *A Organização do Espaço e os Processos Endêmico-Epidêmicos*. Em: *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (Volume II)*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO.
- Samaja, Juan (1994).
- Samaja, Juan (1996). *Epistemología y Metodología, Elementos para una Teoría de la Investigación Científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Samaja, Juan (1997).
- Santos, Boaventura (1995). *Introdução a uma Ciência Pos-Moderna*. Porto: Ediciones Afrontamento (4ta. Ed.).
- Santos, Milton (1985). *Espaço e Método*. São Paulo: Nobel.
- Santos, Milton (1997). *A Natureza do Espaço*. Sao Paulo: Hucitec.
- Schramm, Fermin e Castiel, Luis (1992). *Processo Saúde / Doença e Complexidade em Epidemiologia*. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública* 8(4): 379-390.
- Solórzano, Armando (1997). *¿Fiebre Dorada o Fiebre Amarilla? La Fundación Rockefeller en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Tesh, Sylvia (1988). *Hidden Arguments*. New Brunswick: Rutgers University Press.