

La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional

Latin-American Social Medicine/Public Health: An Integrative Vision Facing Traditional Public Health

A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional

Ana Lucía Casallas Murillo¹, Enf, MSc, PhD (C).

Recibido: 9 de junio de 2017 • Aprobado: 15 de junio de 2017

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

Para citar este artículo: Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

Resumen

Introducción: la salud pública, cuyo abordaje conceptual es el funcionalismo, mantiene una crisis histórica para resolver los problemas de atención a la enfermedad y generación de salud, tanto de individuos como de colectivos. Una explicación es que su base epistemológica es restrictiva y los propios recursos existentes en los sistemas de salud no garantizan la salud ni contribuyen integralmente a mejorar la calidad de vida de las poblaciones. *Desarrollo:* por su parte, la corriente de pensamiento de la medicina social y salud colectiva (ms/sc) latinoamericana amplió este horizonte debatiendo sobre el sentido epistemológico del objeto *salud* como un campo disciplinar complejo donde los saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas. La ms/sc resignifica la noción del proceso salud-enfermedad, nutriéndose de la incorporación de diferentes procesos. A través de una aproximación conceptual, este artículo busca señalar y destacar de manera sucinta parte de la construcción de esta corriente de pensamiento en relación con tres procesos: la consideración epistemológica del objeto *salud*, la relación entre las ciencias sociales y la salud, y la crítica al modelo preventivista y a la epidemiología convencional. *Conclusiones:* los anteriores aspectos posibilitan la vigencia de la ms/sc como corriente de pensamiento y hacen evidente su contribución para interpretar las afectaciones del proceso salud-enfermedad en contextos adversos, que son producto de la mercantilización de la salud y de la crisis del Estado.

Palabras clave: medicina social, salud colectiva, determinación social, proceso salud-enfermedad, epidemiología crítica.

1 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Correo electrónico: ana.casallas@urosario.edu.co

Abstract

Introduction: Functionalism as an approach to public health has not gone beyond its historical crisis regarding the solution of problems in caring for disease or producing health among individuals and collectivities. This is because its epistemological basis is restrictive and current resources in health systems neither guarantee health nor improve the quality of life for the collectivity. *Development:* At the same time, Latin American Social Medicine and Public Health have expanded this horizon by debating the epistemological sense of health as a complex disciplinary field where knowledge and practices are approached from different paradigms and epistemic perspectives. *Conclusions:* Social Medicine and Public Health (SM/PH) resignify our understanding of the health-disease process by incorporating additional processes. Through conceptual approaches, this article interrogates the SM/PH approach to three processes: An epistemological consideration of health; the relationship between the social sciences and health; and criticisms of the preventive model and conventional epidemiology. These aspects validate SM/PH's contribution to interpreting the health-decease process in difficult scenarios stemming from the commodification of health and the crisis of the State.

Keywords: Social medicine, public health, social determination, health-decease process, critical epidemiology.

Resumo

Introdução: a saúde pública cuja abordagem conceitual é o funcionalismo mantém uma crise histórica para resolver os problemas de atenção à doença e geração de saúde, tanto de indivíduos quanto dos coletivos. Uma explicação é que a sua base epistemológica é restritiva e os próprios recursos existentes nos sistemas de saúde, não contribuem a intervenções que garantem a saúde e apontem integralmente a melhorar a qualidade de vida das populações. *Desenvolvimento:* por sua vez a corrente de pensamento da Medicina Social e a Saúde Coletiva (MS/SC) latino-americana ampliou este horizonte debatendo sobre o sentido epistemológico do objeto saúde como campo disciplinar complexo onde os saberes e práticas são abordados desde distintos paradigmas ou perspectivas epistémicas. A MS/SC, ressignifica a noção do processo saúde-doença, nutrindo-se da incorporação de diferentes processos. Através de uma aproximação conceitual, este artigo busca assinalar e destacar de forma sucinta parte da construção desta corrente de pensamento em relação com três processos: a consideração epistemológica do objeto saúde, a relação entre as ciências sociais e a saúde, e a crítica ao modelo preventivista e à epidemiologia convencional. *Conclusões:* os anteriores aspectos possibilitam a sua vigência como corrente de pensamento e fazer evidente a sua contribuição para interpretar as afetações do processo saúde-doença, em contextos adversos produto da mercantilização da saúde e da crise do Estado.

Palavras-chave: medicina social, saúde coletiva, determinação social, processo saúde-doença, epidemiologia crítica.

Introducción

La presente reflexión es producto del trabajo de tesis doctoral, cuyo propósito fue precisar los aportes y la vigencia del pensamiento de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, en adelante *ms/sc*. El artículo aborda la tensión entre la salud pública tradicional o hegemónica, y la *ms/sc*.

Esta tensión se expresa con mayor fuerza en la década de los años setenta del siglo xx, ante la crisis del modelo desarrollista, que condujo a una limitada interpretación y resolución tanto de la salud como de la enfermedad caracterizada por la poca capacidad para abordar la complejidad de las necesidades sociales de los individuos y las poblaciones.

El modelo hegemónico, entendido como la capacidad de un grupo social para articularse con otros grupos sociales, desde una posición de supremacía, no ha procurado un paradigma capaz de solventar epistemológica, metodológica y praxiologicamente el objeto de la salud, como tampoco su determinación social, económica y cultural para producir bienestar a los grupos humanos, así:

La salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud, bajo el denominado "pensamiento hegemónico en salud", que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo (1).

La salud pública, cuya base epistemológica es el funcionalismo, "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" (2).

Así, entiende a las sociedades como sistemas totales que operan hacia la integración de las partes, por tanto lo disfuncional tiende a ser institucionalizado: la integración es la tendencia dominante, el cambio social es adaptable y gradual a nivel de las superestructuras (3).

Por su parte, la corriente de pensamiento de la *ms/sc* amplió este horizonte al objeto *salud* como campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas. De esta forma, el objeto de la *ms/sc* son las necesidades sociales de salud de los grupos poblacionales y no simplemente los problemas de salud que se limitan a riesgos, agravios, enfermedades y muertes (4). También corresponde a su objeto, la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud (5).

La *ms/sc* parte de ver a la sociedad como un proceso de cambio atravesado por contradicciones, cuya resolución va dando origen a nuevas formas mediante las cuales las personas y las colectividades buscan resolver los problemas. La *ms/sc* resignifica la noción del proceso salud-enfermedad y se ocupa de generar saberes y prácticas que se alimentan de asuntos como la incorporación de procesos históricos y la dialéctica; la consideración epistemológica del objeto *salud*, y el establecimiento de conexiones con las ciencias sociales para materializar la interdisciplinariedad y hacer una crítica al modelo preventivista y a la insuficiencia de herramientas metodológicas para el análisis de las condiciones de salud y enfermedad de los colectivos de la epidemiología convencional, entre los más importantes.

Esta aproximación conceptual busca señalar y destacar de manera sucinta los procesos que a su interior se han dado con relación a tres de estos procesos: la consideración epistemológica del objeto *salud*, la relación entre las ciencias sociales y la salud, y la crítica al modelo pre-

ventivista y la epidemiología convencional, los cuales posibilitan la vigencia de la ms/sc como corriente de pensamiento y su contribución para interpretar las afectaciones del proceso salud-enfermedad en contextos adversos producto de la mercantilización de la salud y de la crisis del Estado.

Desarrollo

En 1999, Naomar Almeida y Jairnilson Silva publican el documento "La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica" en el que cuestionan la dificultad histórica que vive la salud pública en la región debido a los efectos de las reformas sanitarias, el incumplimiento de salud para todos en el año 2000, y la privatización y las condiciones sociales de la población que se han sumado para que se hayan agotado los constructos de la salud pública, que no logran resolver los problemas de la personas y que el Estado no cuenta con la capacidad para afrontarlos. Se preguntan si es posible que la salud colectiva proponga desde sus postulados y categorías a esta situación para poder así enrutarse como otro paradigma de la salud de los colectivos (6).

La ms/sc latinoamericana

ha problematizado el causalismo; la ciencia ha reducido la determinación a un principio causal, que distorciona la realidad, al considerarla únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores; en consecuencia, la noción de determinación se ha fundamentado como un proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades (7).

De la mano del materialismo dialéctico, la categoría *determinación* ha logrado dimensionar procesos más profundos y relacionales

para generar explicaciones de orden estructural e histórico, que alimentan el conocimiento e interpretación de los dominios general, particular y singular de los modos de vida de los sujetos para explicar el objeto de la salud.

Para efectos de reconocer los elementos sobre los cuales la ms/sc ha aportado en la construcción de la salud, se abordarán a continuación los desarrollados con relación a cada uno de los tres procesos antes mencionados.

Una epistemología de la salud

La pregunta por el saber, lo que implica la reconceptualización del propio objeto científico *salud*, es permanente al interior de la ms/sc; de hecho, existen vertientes que han promovido la construcción del "pensar en salud", en la expresión de Mario Testa, o de elaborar una "teoría de la salud", como lo hizo Juan Samaja, o repensar "críticamente la ciencia", como plantea Jaime Breilh. Cabe destacar que para todos estos autores este es un asunto complejo (8).

La salud es un objeto construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana. Para occidente la comprensión de la salud se ha desarrollado teniendo como referente la enfermedad (9), es decir, como una situación antagónica a la enfermedad. Esta exclusión explícita del concepto de salud es propia del discurso científico y se debe a la racionalización del objeto de estudio, al centrar 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; lo anterior denota el carácter mecanicista y reduccionista de la misma (10).

Desde el lugar de la epistemología de la salud, Samaja propone varias tesis para abordar la proyección de las ciencias de la salud.

Una de ellas es considerar que las condiciones y situaciones de salud deben ser entendidas como las condiciones de reproducción social de las poblaciones. Así, su objeto es la descripción, valoración y forma de intervención en los procesos problemáticos presentes en la vida social, es decir, los obstáculos en la reproducción social vivenciados por el sujeto (11).

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 se movilizan entre problemas reales, problemas representados y problemas afrontados, esta es la dinámica que ubica el autor para complejizar la relación enfermedad y atención (11).

De otro lado, Jaime Breilh propone que la salud es un objeto/concepto/campo polisémico que se vincula con la praxis (modo intersubjetivo) y en tal sentido se configura como el sujeto (individual/colectivo) en el que intervienen diferentes mediaciones y distintos simbolismos como el lenguaje y las formas culturales y metodológicas que estructuran el pensamiento epidemiológico como una herramienta auténticamente “colectiva” para la defensa y promoción de la vida, lo que implica que la salud es compleja y dinámica, y se mueve dialécticamente (12).

Desde la perspectiva epistemológica de Almeida Filho se propone que la salud forma parte de un sistema de totalidades parciales con distintos niveles jerárquicos heurísticos no lineales. Esto permite al objeto *salud* ser abordado transdisciplinariamente. Almeida Filho sugiere que una nueva ciencia sobre la salud se encuentra en desarrollo y demanda categorías epistemológicas propias —complejidad—, nuevos modelos teóricos —“teoría del caos”— y nuevas formas lógicas de análisis —los modelos

matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes— (11).

Como se observa, el debate epistemológico es amplio y demarca las diferentes posturas y autores de la corriente de la *ms/sc* desde los enfoques de corte estructural —como la dialéctica— propios del pensamiento moderno en busca de procesos emancipatorios, desde la intervención de las ciencias en el conocimiento y la acción, y desde nuevas visiones de corte posmoderno. Esta riqueza da cuenta de la construcción de un saber que avanza en asuntos relacionados con un campo científico capaz de explicar el objeto *salud* y por ende configurar sus prácticas y saberes.

La conexión entre ciencias sociales y salud
La *ms/sc* ha tomado categorías de las ciencias sociales que contribuyen a su fundamentación conceptual y metodológica, lo cual posibilita un marco epistémico y praxiológico consolidado que permite avanzar en la comprensión integral de la salud.

Al valorar cuáles categorías y conceptos son tomados desde la sociología por el campo de la salud colectiva, cabe profundizar en la noción de epistemología. Nunes, citando a Japiassu, la define como el estudio metodológico y reflexivo del saber, su desarrollo y sus productos científicos. A su vez la epistemología, según este autor, se clasifica en interna de una ciencia cuando se analizan críticamente los conocimientos utilizados para establecer los fundamentos propios de una disciplina, y como derivada cuando se analiza la naturaleza de los procedimientos del conocimiento de una ciencia para saber cómo se evidencia en la realidad este conocimiento y determinar lo que otorga al objeto la primacía o interacción entre objeto y sujeto (13).

De acuerdo con Nunes, estas epistemologías han sido traídas al campo de la medicina social latinoamericana por autores como García,

Testa, Breilh y Samaja, académicos dedicados a la producción y análisis del conocimiento de la salud.

De otro lado, 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 reportan la preocupación del médico por aproximarse a reconocer los nexos entre las situaciones de las personas y la enfermedad, específicamente los efectos de la censura moral o el estigma sobre los enfermos. Con la reforma del Estado hacia los años ochenta, 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 generarían obstáculos. Por su parte, la ecología humana es considerada una tendencia entre la antropología médica y la sociología de la salud, cuya característica es leer a las poblaciones inmersas en el medio ambiente y por tanto cómo son determinadas por él, cómo integra los sistemas de salud específicos para cada comunidad y la influencia de cambios sociales como la urbanización, la modernización y la globalización en el proceso salud-enfermedad (14).

En concordancia con Minayo, las ciencias sociales han contribuido para que tanto la enfermedad como los enfermos tengan un lugar distinto de acuerdo a las circunstancias sociales que les determinan y a la configuración de espacios para la participación comunitaria en los programas de salud; metodológicamente, uno de los mayores aportes es lograr que el enfoque cualitativo y sus técnicas sean incorporados a la investigación en salud (14).

Aparte de la epistemología, otras de las categorías analíticas que la sociología aporta

a la ms/sc son lo colectivo, la sociedad y la estructura que a su vez se relacionan con: el individuo, la representación y la acción. Frente a la categoría colectivo, a pesar de que Donnan-gelo le atribuye una falta de precisión categorial porque engloba en sí misma distintos objetos de conocimiento y campos del saber, lo fundamental para la salud colectiva es entender 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 (15).

Esta discusión sobre lo colectivo ha sido tratada por varios teóricos, uno de ellos y más próximo a la ms/sc, Bourdieu, quien estableció la relación entre estructura y acción, por medio de la creación de las categorías de campo y *habitus*. Estos desarrollos han sido soporte epistémico para alojar y ubicar al objeto *salud* como campo científico, y a la ms/sc en la disputa del capital cultural. Por su parte, un aporte relevante de Minayo a la ms/sc lo constituye el debate en relación con el sujeto y la subjetividad en la praxis de la salud debido a que este ha sido neutralizado desde la medicina y la salud pública, mientras que otros autores cercanos a la investigación de la macroestructura han dejado de lado a los sujetos históricos y culturales en la configuración del campo *salud colectiva* (15).

Para Nunes lo colectivo lleva a otras dos categorías: sociedad y estructura. La sociedad puede ser entendida como la entidad que se constituye por relaciones entre un conjunto complejo de individuos unidos para alcanzar la realización de sus ideales, que incorpora las instituciones y estructuras de un grupo. Esta categoría ha sido trabajada desde varias perspectivas, la histórica, por ejemplo, explica cómo en la edad media no había diferencia entre

Estado y sociedad; las discusiones políticas e ideológicas llevaron a caracterizar la sociedad como una "entidad característica que trasciende a los individuos que a ella pertenecen" (15).

En relación con el concepto de estructura, Nunes alude al término que desde la perspectiva marxista se ha generalizado: estructura social, ampliamente trabajado en la sociología como "sistemas de restricciones que señalan la acción individual, sin margen de autonomía para los sujetos" (15).

En conclusión, Nunes propone que hoy en día los estudios teóricos buscan superar los antagonismos, por ello plantea que es útil para la salud colectiva el empleo de conceptos colectivo/individual y objetivo/subjetivo como una perspectiva constructivista que se aprende en sociedad y propone construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos. Lo anterior, se articula a los aportes de Paim y Almeida Filho sobre la necesidad de refundar una nueva posibilidad en la que confluyan 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 ni excluyente (15).

Desde la antropología médica es relevante el trabajo realizado por Eduardo Menéndez a partir del concepto *modelo médico hegemónico*, desde donde describe los efectos en la salud de las poblaciones, a propósito de una mirada capitalista que el siglo XIX privilegió en el análisis de la enfermedad una visión biologista, individualista, ahistórica, asocial y pragmática (16).

Finalmente, para ubicar este nexo entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, en México, Laurell plantea 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" (17).

La conclusión lógica que se deduce de este planteamiento es que el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual (17).

Esta conexión permite no solamente agudizar la mirada y la comprensión sobre un asunto complejo, sino superar las dicotomías de salud/enfermedad e individuo/sociedad, ampliar el campo de conocimiento y retar la necesaria renovación de la praxis que clama por abordajes inter y transdisciplinarios, lejanos a miradas restrictivas que han prevalecido como el abordaje preventivista o de la epidemiología convencional que se desarrolla a continuación.

Aportes para superar la visión preventivista y la epidemiología convencional

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 (18).

La crítica a la medicina preventiva desde la MS/SC, 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 consultorios privados, desarrolló una preocupación social sin dejar su actividad de tipo mercantil, disminuyó los costos de atención médica sin perjuicio de la tecnificación y medicalización de la atención del cuidado, y buscó mejorar

las condiciones de vida de las poblaciones sin modificar ni interpelar la estructura social (19).

El cuestionamiento de Arouca subyace en que no se dispuso 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 que aportara a la salud. La separación entre prevención y atención no logró potenciar una relación entre medicina y estructura social debido a que otorgaba una gran responsabilidad a la familia, al individuo y a la práctica médica, separaba la naturaleza de cada sujeto al dejarle en igual condición sin reconocer aspectos como la estructura de clase social, el género, la etnia y las condiciones materiales para la producción, reproducción y consumo en la sociedad. En palabras de Donnangelo: se reduce a un conjunto de intervenciones técnicas sobre un objeto —“el enfermo”— descontextualizado de su inserción social (20).

Posteriormente, en el nuevo siglo se registra un tímido avance en la perspectiva funcionalista para ampliar la mirada y explicar la salud y la enfermedad mediante la noción de desigualdades sociales, situación que contempla el informe realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud liderada por Michael Marmot bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta incorporación de lo social aparece como un ordenador lineal, sin jerarquías y sin pretensión de cambios estructurales.

La explicación de lo social en los determinantes de la salud es que su presencia 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 (21).

Los intereses económicos y políticos globales no permitieron concretar las acciones políticas en los países para superar las desigualdades sociales; rápidamente la propia OMS deja de lado esta mirada de los determinantes sociales de la salud que queda reducida al ámbito de las explicaciones, no así al de las acciones requeridas como respuestas sociales, y persiste en un modelo cuyos referentes son la biologización, la medicalización y el negocio de la salud ante un creciente deterioro en las condiciones de la salud.

Por su parte, desde Ecuador, Jaime Breilh, investigador y precursor de la *ms/sc*, propone un abordaje desde la epidemiología crítica entendida como:

el conjunto de condiciones, ideas y prácticas que conforman un movimiento históricamente determinado, que 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 socioindividuales de los sujetos (22).

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 contrahegemónica 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 a su vez

a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura. Se trata de 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, que corresponden a diferentes órdenes de la reproducción social (22).

La determinación social ubica tres órdenes o planos que interrelacionados producen la salud o la enfermedad: el *plano general* corresponde al orden estructural y organiza las relaciones macro, el modelo de producción y 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, y el *plano singular* corresponde al individuo, contempla el genotipo y fenotipo, y es vinculante con los dos planos anteriores ya que determina los estilos de vida (22).

La categoría *reproducción social* ha propuesto operacionalizar la clase social para interpretar el complejo movimiento de las condiciones y la distribución de las poblaciones, determinar los modos de vida y reconceptualizar el espacio geográfico y social.

En tanto la epidemiología convencional anglosajona incorpora las nociones de estrato social —o la clasificación socioeconómica— y establece un ordenamiento nominal que la clasifica como baja, media o alta, o 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, se trata de una mirada general de la condición social, que no logra ubicar las particularidades que se anidan al interior de las propias clases, por sus modos de vida y por las condiciones históricas de los grupos sociales.

En contraposición, 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, las relaciones que se dan frente a los medios de producción, el papel que desempeñan en la división del trabajo y el modo y proporción en que reciben la riqueza (23).

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 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 (21).

En general, el debate propuesto desde la epidemiología crítica sitúa dos elementos: el primero, que indicadores clásicos de nivel socioeconómico, tales como ingreso, educación, empleo o acceso a servicios, permite demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad. Lo que la convierte en una expresión verificable de la inequidad (21). El segundo elemento apunta a la inequidad, representada en las relaciones de poder por la clase social, el género y la etnia referidas a la apropiación de los recursos y acumulación de orden económico, social y cultural como expresión de la reproducción social, de manera que mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de esta.

Otro debate entre la epidemiología convencional y la epidemiología crítica es el 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: el tiempo, el lugar y la persona. La ms/sc tiene una postura diferente en tanto el tiempo no es asumido como una continuidad histórica, si no 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.

La epidemiología crítica, ha profundizado este análisis con 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.

Conclusiones

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 y potenciar la conexión entre las ciencias sociales y la salud para ampliar y profundizar la reflexión sobre el proceso salud-enfermedad para superar el abordaje reduccionista, determinista y mecanicista que se le ha dado desde la salud pública tradicional para avanzar en procesos relacionales más amplios desde el campo de la complejidad.

La salud colectiva o medicina social latinoamericana 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 y realidades concretas,

lo que ha significado una reconceptualización de la medicina, la revisión del campo de la salud pública mediante una crítica a los proyectos europeos y anglosajones de comprenderla y operarla, y desafiar al movimiento hegemónico al plantear la relación salud-enfermedad-sociedad como proceso histórico social particular de 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.

En contraposición a la propuesta funcionalista de la salud pública, la ms/sc incluye como aspecto relevante la lectura de la estructura social para entender las desigualdades en salud, presentes en diferentes grupos sociales entendiendo que en el modo de producción vigente 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, los cuales es necesario comprender para poder avanzar en su transformación.

La salud colectiva puede considerarse en sí misma un proyecto de reforma del saber y de la práctica de la salud pública que, dado el calibre del desafío que enfrenta, requiere estar atenta al necesario redimensionamiento de su objeto, sus instrumentos y las actividades de trabajo articulado con la totalidad social; por lo tanto las alternativas metodológicas y técnicas para pensar el campo de la salud, de las cuales debe valerse, deben avanzar en su complejidad y creatividad de cara a explicar mejor la producción y distribución de la salud-enfermedad en sociedades concretas.

La producción teórica de las ciencias sociales en la salud, además de haber influenciado positivamente el avance en la comprensión de los nexos entre salud y estructura social, también hizo aportes significativos en las áreas de políticas públicas, planeación y desarrollo

institucional, movimientos sociales y salud al hacer frente a temáticas relacionadas con el entendimiento del proceso salud-enfermedad como son el estudio de la crisis del estado de bienestar, la crisis económica, las políticas neoliberales, las tendencias de la medicina social, la burocracia y sus implicaciones en sistemas de aseguramiento en salud, entre otros.

La organización de sistemas de salud basados en el aseguramiento, por la que optaron algunos países, ha permitido evidenciar las tensiones entre los modelos asistenciales curativos y las tendencias preventivistas, y las contradicciones entre las lógicas mercantiles y el discurso de la salud como derecho; sin embargo, países con orientaciones socialdemócratas han evidenciado que es posible dimensionar el concepto y la práctica de la salud pública hacia propuestas más integrales de la atención, y racionalizar los procedimientos y la complementariedad de las medidas de carácter individual y colectivo cercanas a los postulados de la ms/sc.

Ante la llamada crisis de la salud pública, desde la ms/sc sus precursores indagan si es posible que la salud colectiva se constituya en el paradigma que permita superar las debilidades anunciadas. No obstante, concluyen que la salud colectiva no es un nuevo paradigma científico, en tanto no cubre las condiciones epistemológicas y pragmáticas requeridas, y

la definen más bien como un campo científico (Bourdieu) que se nutre de disciplinas como la planificación y la administración en salud y las ciencias sociales en salud.

En tanto campo de conocimiento,

la Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos (24).

Lo anterior permite afirmar que la salud colectiva es un campo en construcción, con capacidad de innovación y redimensionamiento del campo de la salud, que puede aportar sus avances a la superación de la crisis de la salud pública en la región de las Américas.

Descargos de responsabilidad

La autora descarga de responsabilidad sobre las ideas expresadas en este artículo a la *Revista Ciencias de la Salud*, e informa que no hay ningún conflicto de interés en este trabajo y que tampoco tuvo fuente alguna de financiación.

Referencias

1. Feo Istúriz O, Feo Acevedo C, Jiménez P. Pensamiento contrahegemónico en salud. La Habana: Debate; 2012.
2. López O, Blanco J. Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública Mex.* 1994;36(4):374-84.
3. García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Med Salud*, 1983; [internet]. 1983 [citado (citado 2016 sept 12) 2016/09/12];17 (4): 383-97. Disponible en <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6322.pdf>
4. Bertolozzi MR, Delatorre M. La medicina social. *Area Andin.* 2012;24-36.

5. Paim JS. Desafíos para a Saude Coletiva no Seculo XXI. [internet]. 2006 [citado 2017 feb 25];139-51. Disponible en https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/7078?mode=full&submit_simple>Show+full+item+record
6. Silva Paim J. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La crisis la salud pública reflexiones para el debate, Washington DC [internet]. 1992 [citado 2017 ene 13] Disponible en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-006.pdf>
7. Breilh J. Operacionalización de la clase social seminario de consolidación metodológica. Quito: Seminario; 2010.
8. Liborio MM. ¿Por qué hablar de salud colectiva? Rev Med Rosario. 2013;79(3):136-41.
9. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Hist Cienc Saude. 1997;4(2):287-307.
10. Vergara M. Tres concepciones históricas del concepto salud-enfermedad. Rev Hacia la promoción la salud. 2007;12:41-50.
11. Samaja J. Galende E. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Editorial; 2009.
12. Samaja J. Galende E. Epistemología de la salud: reproducción social y transdisciplina. Buenos Aires: Editorial; 2009.
13. Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. Quito: Editorial Universidad Andina simón Bolívar; 2010.
14. Duarte Nunes E. Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. Rev salud colectiva 2010;6(1):11-9.
15. Briceño-León R. Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. Cien Saude Colet. 2003;8(1):33-45.
16. Nunes ED. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en Medicina Social. Quito (Ecuador): OPS / ALAMES. 1991.
17. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: CRIM-UNAM; 2011.
18. Laurell AC. Salud - Enfermedad como proceso social. Cuad Médico Soc. 1982;19:1-11.
19. Granda E. La salud y la vida. Volumen 1. [internet] 2009 [citado 2017 ene 13]. Disponible en <http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida.pdf>
20. Arouca A, da Silva S. El dilema preventivista. Buenos Aires; 2008.
21. Donnangelo C. Formación de cuadros de personal de salud. Rev Cebes. 1988;34-89.
22. Marmiot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1005-6.
23. Breilh. J Epidemiology of the 21st century and cyberspace: Rethinking power and the social determination of health. Rev Brasileira de Epidemiolog. 2015;18(4):972-82.
24. Cueva Dávila A. El marxismo latinoamericano: historia y problemas actuales. Homines. 1989;13(1):428-41.