

**Dossier lecturas complementarias sesión 1 de
septiembre "Determinantes y determinación social de
la salud y la salud colectiva"**

Segundo semestre 2023

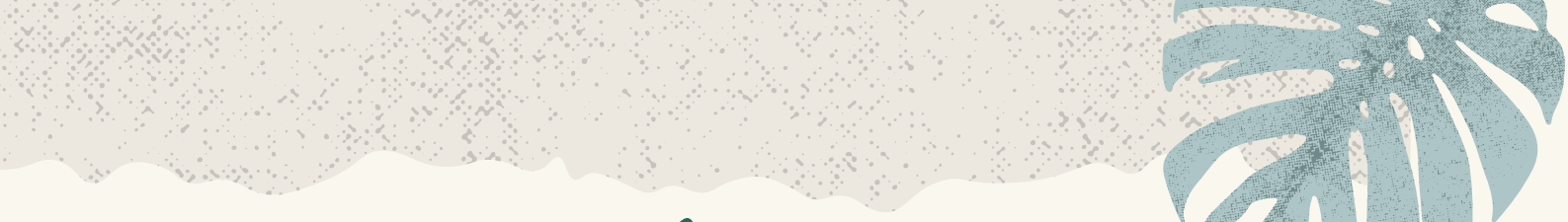
Antropologías aplicadas: Antropología y Salud

Profesora:

Sol Anigstein

**Ayudantes: Diego Badilla, Yareth Carbonell,
Aylin (Mia) Hernández, Carla Ortiz,
Sol Nadjar y Javiera Vallejos**





Índice

Sesión 01/09: Determinantes y determinación social de la salud y la salud colectiva

Gracia-Arnaiz, M., Casado, L., Campanera, M. (2021). Antropologías del hambre: La (in)seguridad alimentaria en contextos de precarización. Revista antropología social, 30(2), pp. 93-108. **3**

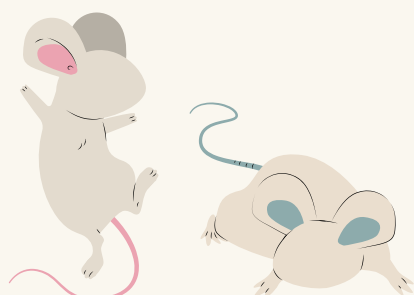
Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud, 15(3), pp. 397-408.**19**

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública, 30(2), pp. 16-35. **31**

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A., Chepo, M., Flaño, J. y Obach, A. (2018). Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. Salud Publica Mex, 60, pp. 566-578. **51**

Borde, E. y Torres, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. SAÚDE DEBATE, 41, pp. 264-275. **64**

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31, pp. 13-27 **76**



Antropologías del hambre: La (in)seguridad alimentaria en contextos de precarización

[en] Anthropologies of hunger: Food (in)security in contexts of precarization

Mabel Gracia-Arnaiz¹, Lina Casadó², Mireia Campanera³

Introducción

Hambre, malnutrición o inseguridad alimentaria han sido fenómenos estudiados por la antropología al dar cuenta de las condiciones de vida de las personas en numerosas culturas (Pottier, 1999; Ruiters y Wildschutt, 2010). Aunque pueden explicarse por la reiteración de factores recurrentes a lo largo de la historia, cada época presenta peculiaridades que modifican su explicación. En nuestros días, la creciente inseguridad está muy vinculada al neocapitalismo, y se ha visto incrementada por los efectos de la monetarización, la industrialización y la creciente globalización comercial y financiera. Sus causas son, sobre todo, económicas y políticas, y tienen que ver con las decisiones que, en cada contexto, toman quienes controlan los recursos naturales y las materias primas que, como la tierra, el agua o las semillas permiten la producción de comida a nivel local, regional e internacional.

En las últimas décadas, bajo el impacto de las políticas neoliberales, la lógica capitalista se ha impuesto, cada vez más, en la forma como se producen y se distribuyen los alimentos. En su fase actual, el sistema alimentario no es más que una forma de acumulación (McMichael, 2009). Se rige cada vez más por las exigencias marcadas por los ciclos económicos capitalistas de gran escala, los cuales han supuesto, entre otras cosas, la intensificación de la producción agrícola, la orientación de la oferta y la demanda en torno a determinados alimentos, la concentración del negocio en corporaciones transnacionales, y la ampliación y especialización de la distribución alimentaria a través de unas redes comerciales cada vez más omnipresentes. En este sentido, la alimentación industrializada alcanza no solo a las sociedades con economías capitalistas avanzadas sino al resto del mundo, ya que afecta tanto a los procesos productivos como al consumo mismo, pues los productos que de ella se derivan también juegan un papel determinante en el abastecimien-

to alimentario de los países más pobres. La característica más relevante es que se transnacionaliza a través de la articulación de mercados y se regulariza mediante los tratados de libre comercio auspiciados por corporaciones internacionales y administraciones supranacionales. A nivel global, este modelo económico ha favorecido la reducción del proteccionismo nacional, la mayor deslocalización de la producción/del consumo, la regulación de disposiciones sanitarias, de etiquetaje y envasado a escala internacional, así como patentar invenciones, descubrimientos e innovaciones y formar monopolios transnacionales. La comida se ha convertido en un gran negocio planetario en torno al cual se mueven cifras archimillonarias orientadas a incrementar la productividad agrícola, el rendimiento de la ganadería, la intensificación de la explotación marítima y la oferta de los platos manufacturados y de restaurantes franquiciados.

El hecho de que este sistema alimentario hegemónico –denominado por McMichael (2009) *sistema alimentario actual* o por Mintz (1996) *sistema alimentario global*– sea capaz de inundar de productos semejantes los lineales de los grandes supermercados en todo el mundo y que, simultáneamente, la oferta sea cada vez más particularizada, no significa, sin embargo, que no persista o que, incluso, se haya incrementado la desigualdad en el acceso y consumo de alimentos. Mientras que anualmente una tercera parte de los alimentos producidos en el mundo se desperdicia, una de cada diez personas sigue sin tener comida suficiente (PMA, 2019⁴). De hecho, la malnutrición recurrente y, simultáneamente, el desperdicio alimentario son tendencias contrapuestas que hoy existen en numerosas sociedades. La cuestión aparentemente más paradójica es que, a diferencia de épocas anteriores, hoy podría comer todo el mundo. A comienzos de este nuevo siglo disponemos de un 23% más de alimentos por persona que hace cuarenta años (Moore Lappé, 2007). De acuerdo con Ziegler (2011), la FAO hace más de veinte

¹ Universitat Rovira i Virgili. mabel.gracia@urv.cat
ORCID: 0000-0002-6429-6395

² Universitat Rovira i Virgili. linacristina.casado@urv.cat
ORCID: 0000-0002-8078-1673

³ Universitat Rovira i Virgili. mireia.campanera@urv.cat
ORCID: 0000-0002-5926-898X

⁴ <https://es.wfp.org/panorama>

años elaboró un informe señalando que, en el estado actual de las fuerzas de producción agrícola, se podría alimentar sin problemas a más de 12 mil millones de seres humanos; hoy ya se habla de 20 mil.

Ahora bien, una cosa es tener la capacidad de producir alimentos y otra que finalmente se produzcan y con qué finalidad. Muchos de los cultivos que originalmente estaban destinados al consumo humano se destinan hoy a ciertas formas de energías renovables, como los biocombustibles, y ya suponen el 12% de la cosecha mundial de grano, el 28% de caña de azúcar y el 14% del aceite (OCDE/FAO, 2018). También sucede que no todo el grano cultivado es para el consumo humano directo, sino que sirve, además de para proveer de biocombustibles al mercado y alimentar el ganado⁵ (FAO, 2016), para fabricar proteínas animales que son consumidas en forma de carne mayormente en los países industrializados. Algunos estudiosos argumentan, incluso, que la adopción de una dieta más vegetariana a nivel mundial podría reducir el problema del hambre y contribuir a la sostenibilidad del sistema (Sandström, Valin, Havlík, *et al.*, 2018). Por otro lado, hoy no puede entenderse la inseguridad alimentaria en el mundo sin hacer referencia a la especulación financiera. La compra masiva de suelo fértil por parte de inversores extranjeros –agroindustria, gobiernos, fondos especulativos– ha provocado en el África subsahariana la expulsión de miles de campesinos de sus tierras, disminuyendo la capacidad de estos países para autoabastecerse (Chadwick, 2017). Por su parte, desde el estallido de la crisis en 2008 con efectos globales, los grandes fondos de especulación han emigrado de los mercados financieros a los de materias primas, incluidos los alimentos básicos –arroz, trigo, mijo, maíz y lácteos–. Desde entonces, los alimentos se han convertido en refugio seguro de especulación para los grandes fondos de cobertura, de pensiones y de riesgo, de forma que hoy el precio de los alimentos se determina en las bolsas de valores de Chicago, Londres o Frankfurt al margen de la repercusión que su subida o bajada pueda tener en el acceso a la comida. La pasada hambruna declarada en 2011 por Naciones Unidas en dos regiones del sur de Somalia, Bakool y Bajo Shabele, fueron un ejemplo dramático de todo ello⁶.

Esto confirma que uno de los principales problemas del sistema alimentario actual no es solo la sobreproducción, sino garantizar alimentos para todos. Las desigualdades sociales respecto al consumo alimentario son, desde hace muchas décadas, abrumadoras. La FAO informa que en 2014 cerca de 783 millones de personas carecían de comida suficiente. Unos años después, esta cifra ha alcanzado los 820 millones, lo que significa que, aunque porcentualmente menos personas padecen hambre porque ha aumentado la población mundial, en términos absolutos sigue creciendo (FAO, 2019). Ello nos aleja cada vez más de alcanzar el hambre cero, el segundo objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Probablemente, las consecuencias provocadas por la pandemia por el covid-19 aún empeorarán

estas cifras. A nivel mundial, más de 2.000 millones de personas sufren inseguridad alimentaria moderada o grave por la falta de alimentos nutritivos y asequibles, lo que las sitúa más cerca de la malnutrición u otros problemas de salud. Aunque la mayor parte se encuentra en países de bajos y/o medianos ingresos, esta inseguridad también afecta al 8% de la población de América Septentrional y Europa. Si como se viene manteniendo en diversas instancias, la producción de alimentos es más que suficiente para nutrir a toda la población mundial, ¿por qué persiste la privación alimentaria?, ¿por qué el hambre se inscribe en la historia de la afluencia?

Este monográfico pretende aportar una mirada crítica sobre alcance de la (in)seguridad alimentaria y su relación con el proceso de precarización de la vida cotidiana, dando cuenta de experiencias culturalmente distintas tanto en países industrializados –Canadá y España–, como en economías emergentes o en desarrollo –Argentina y Guatemala–. Se trata de un tema que, aun siendo fundamental, ha sido desigualmente tratado por la antropología. Los estudios sobre el hambre han sido numerosos, aunque es muy difícil articularlos dada su extraordinaria atomización. De ahí que hayamos optado por referirnos a las “antropologías” del hambre. Los estudios antropológicos sobre privación material han sido “de todos y de nadie” a la vez. Podemos encontrarlos repartidos en otros campos de estudio como la antropología económica, ecológica, política, de la medicina o la cooperación. Pero la comida y, en este caso, el no-comer no ha sido para estos dominios más que un elemento de indexación de problemáticas más generales como el desarrollo, la pobreza, la salud y la enfermedad. En el caso particular de España, apenas ha habido estudios antropológicos sobre el hambre. Ha tenido que sobrevenir una recesión económica grave para que la inseguridad alimentaria como sinónimo de disponibilidad y acceso regular a una comida suficiente, nutritiva, culturalmente aceptable, haya emergido en la literatura socioantropológica sobre el primer mundo. Los trabajos recogidos en este volumen discuten acerca de la compleja naturaleza de ambos fenómenos, mostrando el estrecho vínculo entre pobreza y ciertos modos de producción, distribución y consumo de alimentos y profundizando en las contradicciones del sistema agroalimentario industrial, tan profuso en la producción de alimentos como cuestionable en sus formas de crearlos y, en particular, distribuirlos.

1. El hambre y sus definiciones

La antropología ha estudiado la privación alimentaria unas veces contribuyendo a construir la definición de lo que oficialmente se ha entendido por hambre, en tanto que situación real con características particulares y objetivas, y otras, las que más, cuestionando que exista un modo único o predominante de experimentarla y abordarla. Las diversas dimensiones tratadas desde la antropología económica, médica, ecológica o política han favorecido que esta disciplina haya ido más allá de los manuales que periódicamente reproducen causas y diagnósticos. Estas antropologías han tensionado teorías y metodologías que han servido de poco en la resolu-

⁵ <http://www.fao.org/3/a-i5588s.pdf>

⁶ <http://www.fao.org/agronoticias/agro-noticias/detalle/ru/>

ción de un problema histórico, mostrando dos cuestiones primordiales: la capacidad adaptativa y/o reactiva de los sistemas alimentarios y culinarios ante los diversos constreñimientos económicos, políticos y medioambientales, y la relevancia de estos sistemas en la distribución de recursos básicos y la configuración de las relaciones de poder (Gracia-Arnaiz, 2018).

Varios términos han surgido para describir ciertos aspectos y consecuencias de la escasez de alimentos, aunque a menudo han sido ambiguos en su significado. Por ejemplo, dependiendo del uso dado, el concepto de hambre cubre un espectro desde el corto plazo –sensación física que indica la necesidad de comer– a la experiencia física incomoda y dolorosa causada por un consumo insuficiente de energía alimentaria según la definición de la FAO⁷, provocada por la escasez crónica y grave de alimentos que amenaza la vida. Otros conceptos utilizados como sinónimos, tales como desnutrición, malnutrición, subnutrición o hambruna, tienen que ver con la influencia que la disciplina de la nutrición ha tenido en su caracterización y abordaje. No en vano se trata de ideas que destacan la naturaleza biológica del problema, pues se refieren sobre todo a cuestiones de suficiencia/insuficiencia calórica, buena o mala asimilación de los nutrientes o efectos en el peso o crecimiento. La FAO, la agencia de las Naciones Unidas que desde hace décadas lidera el esfuerzo internacional para reducir el hambre, lleva décadas recurriendo al concepto de seguridad alimentaria, sobre todo desde que advirtiera que muchas personas receptoras de ayuda alimentaria consideraban que, aun comiendo, no tenían suficiente comida, pues los alimentos recibidos no cumplían sus normas de comestibilidad o aceptabilidad. Hoy en día, las principales instituciones que la gestionan, incluidos los gobiernos, las organizaciones multilaterales y las empresas transnacionales de alimentos, asumen la definición usada por la FAO en la que se evita precisamente la utilización del término de hambre. Según la versión actual, cuyo origen se remonta a la definición aprobada en la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, *la seguridad alimentaria* “existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos que satisfagan sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias para una vida activa y saludable”⁸.

Esta definición oficial presenta algunas dudas (Shepherd, 2012). En primer lugar, es absoluta. Plantea que la seguridad alimentaria solo existe cuando “todas las personas en todo momento” tienen suficiente para comer. Este es sin duda un objetivo deseable, y de hecho es el objetivo final, pero es difícil utilizar una definición así para proporcionar un marco general dentro del cual situar la disparidad de situaciones actuales, evaluar la implementación de estrategias o medir el éxito de las políticas, especialmente cuando lo que se pretende es abordar el problema del hambre como producto de complejas encrucijadas estructurales. En segundo lugar, el encuadre del problema es pasivo y carece, aparente-

mente, de actores sociales. No se refiere a sujetos con agencia, que puedan ser responsables de proporcionarse seguridad alimentaria, ni hace una llamada a la acción para hacerlo. Tampoco se refiere a actores –aparte de la vaguedad de “todas las personas”– que pudieran estar en situaciones de transición, experimentándola o en riesgo de sufrir alguna forma de hambre, y que deberían ser objeto de acciones concretas para invertir su situación. Otra cuestión relevante es que esta definición, aunque alude al acceso físico y social, interpreta la seguridad alimentaria como una cuestión principalmente económica, pues se construye alrededor del suministro –de alimentos suficientes– y en base a la demanda –satisfacer las necesidades dietéticas y las preferencias de todas las personas en todo momento–. Así, el núcleo se sitúa en la capacidad productiva, lo que tiende a reducir la amplitud de las estrategias que quedan fuera del discurso económico hegemónico. Por otro lado, la definición de seguridad alimentaria permite cierto nivel de subjetividad, de modo que la percepción acerca de qué comida es suficiente para satisfacer las necesidades individuales y domésticas puede diferir según el género, clase y contexto social.

Estas críticas están en la base de la discusión de un término que originalmente se usó para referirse a situaciones asociadas con la disponibilidad alimentaria a nivel regional/estatal y no con la falta de comida regular a nivel de hogares y de personas. Se dice que existe inseguridad alimentaria cuando hay dificultades para obtener alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos o cuando no se pueden adquirir en formas socialmente aceptables. Del mismo modo, se subraya el carácter flexible y cambiante de la inseguridad, planteando que puede ser transitoria –cuando ocurre en épocas de crisis–, estacional o crónica –cuando sucede de forma continua– y contemplar distintas fases de menor a mayor gravedad. La inseguridad alimentaria existe cuando hay limitación e incertidumbre. De hecho, esta aproximación es la más frecuente en los países que sí la reconocen como un problema social y político. Es el caso de Estados Unidos, Canadá, Australia o Reino Unido. Además de elementos relativos a la calidad, variedad y cantidad de los alimentos, también se tienen en cuenta el estado emocional –derivado, por ejemplo, de la preocupación por no tener suficiente para comer– y los padecimientos sociofamiliares –producidos, por ejemplo, por la propia gestión de la privación material– (Carter, Dubois, Lise, Tremblay, *et al.*, 2013).

Otros conceptos que han tratado de desmarcarse de la definición oficial de seguridad alimentaria son el de soberanía alimentaria y el de justicia alimentaria, los cuales ponen el énfasis en los derechos y equidad. Mientras que el primero se centra en la producción, el acceso y el control de los alimentos, el segundo focaliza en las desigualdades que determinan el acceso a una alimentación saludable y asequible (Slocum y Cadieux, 2015). Propuesta por el movimiento internacional Vía Campesina, la soberanía alimentaria se concibe como el derecho que todos los pueblos tienen a definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos, que garanticen el derecho a la ali-

⁷ <http://www.fao.org/hunger/es/>

⁸ <http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>

mentación para toda la población, con base en la pequeña y mediana producción, respetando sus propias culturas y la diversidad de los modos campesinos, pesqueros e indígenas de producción agropecuaria, de comercialización y de gestión de los espacios rurales, en los cuales la mujer desempeña un papel fundamental⁹. Por su parte, el término de justicia alimentaria, empleado inicialmente por activistas estadounidenses y muy extendido en el mundo académico, parte de la premisa de que la seguridad alimentaria es imposible sin justicia social, de manera que el sistema alimentario hegemónico ha de modificarse a la par que han de eliminarse las desigualdades sociales. Para Slocum y Cadieux (2015), hacer justicia alimentaria significa no solo intervenir sobre los regímenes agroalimentarios dominantes, sino sobre las barreras estructurales que impiden a las personas, debido a su edad, género, clase social u origen étnico, acceder regularmente a una alimentación saludable y asequible. La seguridad alimentaria no se consigue a través de aumentar la producción global de alimentos mediante tecnología industrial, sino enfrentándose a las causas, procesos y resultados de las desigualdades sociales mediante transformaciones sistémicas que permitan institucionalizar la equidad (Herman y Goodman, 2018). Desde este punto de vista, la producción ecológica de comida a menor escala se presenta como la alternativa para “alimentar el mundo”. Goodman, Dupuis y Goodman (2012) sugieren que, al hablar de justicia alimentaria, se haga un ejercicio reflexivo con el fin de redefinir las diversas formas de localismo y considerar que existen puntos de vista distintos no solo de justicia, sino también de comunidad, comida saludable o sostenibilidad.

Una de las formas más habituales de caracterizar el fenómeno del hambre ha sido mediante la producción y manejo de cifras. Al establecer quién está subnutrido o malnutrido, quién es pobre o no, el baile de números es sin embargo notable, pues depende de los criterios y de los indicadores utilizados para medir y evaluar dichos niveles (MacIntosh, 1995). Solo un apunte de interés: a lo largo de las últimas cuatro décadas, las organizaciones internacionales han ido variando sus criterios de adecuación de las raciones diarias recomendadas –RDA– según criterios dispares. Hace cuarenta años consumir un porcentaje de proteínas de origen animal por debajo del 8% era un indicador de malnutrición. En cambio, hoy se considera oportuno y saludable que sean de origen vegetal. Otro criterio fundamental es el suministro de energía diaria necesaria para mantener el metabolismo basal –DES– que oscila según la edad, el sexo y el peso de la persona, entre las 1300 y 1700 kcal día. En 1950, la FAO planteó que 3200 kcal/día era el requerimiento energético óptimo. No obstante, ello suponía reconocer que el 60% de la población mundial se encontraba por debajo de la cantidad óptima. Desde entonces esta cifra ha sufrido diversos reajustes hacia la baja, dejando el mayor requerimiento para quienes hacen actividades físicas intensas (FAO, 2004)¹⁰.

Los problemas de estos indicadores son múltiples. El más relevante es que no están hechos para incorporar

ciertas particularidades individuales y contextuales. Sin embargo, el estado nutricional de las personas está afectado por numerosos determinantes de carácter económico y social. Se puede tener sobrepeso u obesidad consumiendo 1500 kcal, si la persona apenas hace actividad física. Otras veces, las estimaciones se hacen a nivel regional, no de país, y dependen de los datos disponibles y de los modelos estadísticos. Y aunque, la OMS y el Banco Mundial utilizan las mismas fuentes de datos, difieren en los modelos estadísticos, lo que se traduce en estimaciones diferentes según país/región. Desde que en los años setenta la comunidad internacional empezara a plantear que las hambrunas no solo debían ser tratadas en situaciones de emergencia, sino que se debían activar medidas de precaución, se han creado sofisticados sistemas de evaluación y detección, cuyo fin es establecer estimaciones cuantitativas sobre el número de personas hambrientas y territorios más afectados y sobre estas diseñar programas de ayudas e intervención. Del mismo modo, se han generado complejos sistemas de alarma o EWS –*Early Warning Systems*– cuyo objetivo es alertar a las autoridades nacionales e internacionales para que movilicen *stocks* alimentarios globales, los desplacen a las zonas críticas y eviten muertes por inanición. Dado que en muchos de los países donde se producen hambrunas recurrentes no existen medios técnicos para aplicar tales sistemas, estos son llevados por agencias internacionales y ONGs, habiéndose convertido, para muchas, en su actividad profesional principal (Riches y Salvati, 2014).

En este sentido, se puede afirmar que el hambre se ha institucionalizado (Gracia-Arnaiz, 2018). Ahora bien, ¿hasta qué punto responde a una realidad objetiva, mensurable, evaluable o es más bien una categoría socialmente construida, cuyo contenido, relevancia y significado varía según el contexto y los actores que la definen o la experimentan? En los últimos años, las ciencias sociales han tratado de explicar las causas del hambre y la malnutrición argumentando diferentes motivos y también haciéndolo desde diferentes enfoques teóricos. Es el caso de los enfoques liberal, crítico o construccionista (Sylvester, 2012). Unas tesis atienden prioritariamente a las causas exógenas relativas a las calamidades naturales –inundaciones, sequías, desertización de los suelos–, otras a los problemas endógenos –regímenes políticos, guerras, conflictos étnicos, falta de infraestructuras, desigualdades sociales internas– y otras a factores estructurales globales, como es la distribución injusta de los bienes disponibles y el hecho de que, en realidad, haya gente que carezca de alimentos necesarios porque la producción alimentaria se ajusta a la demanda solvente. Es decir, hoy hay gente que pasa hambre, porque, como mostraremos a lo largo de estas páginas, el acceso regular a estos recursos no está garantizado.

Desde una perspectiva objetivista, que de acuerdo con McIntosh (1995) se corresponde con el enfoque liberal, se ha definido el hambre a partir de situaciones particulares que alcanzan un punto intolerable, es decir, cuando se ha detectado un número considerable de gente hambrienta por falta de alimentos suficientes. El hambre como un problema provocado por la falta de alimentos, la superpoblación, el abandono de las tierras por los campesinos, las

⁹ Conclusiones del *Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria*, celebrado en La Habana (Cuba) en septiembre 2001.

¹⁰ <http://www.fao.org/3/y5686e/y5686e00.html>

catástrofes naturales o el atraso tecnológico en el Tercer Mundo, y proponiendo resolverlo mediante soluciones técnicas: mecanización, regadío, intensificación de la producción. Pone la atención en la etiología, la prevalencia y las consecuencias en la salud, y ha servido para sustentar la mayor parte de las teorías oficiales. Se documentan patrones epidemiológicos del hambre, se determinan los factores causales, y se proponen soluciones que suelen incluir la ingeniería de las instituciones sociales. Mientras que desde esta perspectiva los nutricionistas describen los posibles déficits nutricionales y desarrollan intervenciones para minimizar o eliminar su impacto, los antropólogos analizan y comparan el uso de los programas alimentarios por parte de los destinatarios.

Contrariamente, desde un enfoque crítico, no se enfatizan las causas naturales o demográficas. Se plantea que el hambre responde a causas socioeconómicas y, en particular, a la pobreza (Carolan, 2012), evidenciando los efectos de las desigualdades en los mecanismos de distribución de alimentos (Sen, 1981). A diferencia del enfoque liberal, la pobreza y el hambre se analizan desde una perspectiva histórica (Castro, 1984; Freitas, 2003). Se trata de contextualizar, en primera instancia, el origen de estos problemas atendiendo a la evolución de las políticas macroeconómicas internacionales y asociándolos con los efectos nocivos que ha tenido la neo-colonización en determinados países y grupos sociales. Es el caso de la destrucción de las economías tradicionales, el endeudamiento externo, la introducción masiva de métodos y productos nuevos para la exportación con consecuencias desastrosas para los cultivos alimentarios autónomos –monocultivos de café, cereales o cacao–, la importación de alimentos más caros –más prestigiosos– o a la expulsión de los campesinos sin tierras de cultivo hacia las ciudades.

Por su parte, el enfoque construccionista enfatiza, en primer lugar, de qué modo y quiénes participan en la definición colectiva del problema del hambre analizando, por un lado, las demandas individuales y grupales de los actores implicados y, sobre todo, los procesos: cuándo y por qué la situación de falta de comida suficiente se problematiza (Poppendieck, 1998). Actualmente, la mayoría de las sociedades acostumbran a reconocer la situación del hambre en el mundo como un problema social. Incluso en aquellas donde las penurias alimentarias parecían experiencias del pasado, en el contexto de la crisis económica actual se perciben como ciertas. Un ejemplo de esta construcción social del hambre es recogido en el monográfico en el artículo de Gracia-Arnaiz, García-Oliva y Demonte, quienes analizan el papel que juega la prensa digital española a la hora de presentar el hambre en España como una realidad tangible. Con esta perspectiva del hambre como problema social Bonfil Batalla elaboró su investigación en Suzdal ya en los años cincuenta (Bonfil, 2006).

En la construcción de un fenómeno como problema hay una aprobación colectiva –de sujetos e instituciones– y una legitimación pública. La dificultad consiste en establecer el punto a partir del cual una situación deviene problemática. Siempre ha habido gente sin suficiente comida, pero ¿cómo y en base a qué esta circunstancia pasa a considerarse un problema a nivel local, estatal o

internacional? Se trata de ver la evolución y la fluctuación del fenómeno. Las teorías construccionistas, coincidiendo mayormente con el enfoque crítico, plantean el hambre como un problema relacionado con la pobreza y, por tanto, con un reparto del poder no equitativo. Algunas de estas teorías presentan las desigualdades estructurales como la causa última de la inseguridad alimentaria, destacando, por un lado, la obvia disparidad entre países ricos y pobres, y, por otro lado, la persistencia e incremento de las desigualdades internas entre clases sociales (Lomnitz, 1998), población rural y urbana y sistema de género. Si la gente sufre –o se muere– por falta de alimentos, podría explicarse por la escasez. Sin embargo, como hemos subrayado, el hambre es una característica de personas que no tienen suficiente comida, no una característica de una situación en que no hay suficientes alimentos. Al centrar la discusión de la crisis alimentaria en torno a la disponibilidad de alimentos en base a la producción y el comercio se han ignorado otras variables importantes. Si, por el contrario, se acepta el enfoque construccionista se pone en el punto de mira la combinación de las condiciones económicas, políticas, sociales y legales.

En su análisis sobre el estatuto del hambre, McInstosh (1995) no suscribe completamente ninguno de estos dos puntos de vista y propone una aproximación intermedia que tenga en cuenta las relaciones *etic-emic*. Para él, la importancia otorgada a la inseguridad alimentaria depende del poder político que tienen sus definidores y si estos se han hecho con los recursos adecuados para legitimar el interés social. Así, mientras que las condiciones de falta de comida tienen una base objetiva común, y las hambrunas y las circunstancias relacionadas reciben una definición específica dependiendo de los agentes implicados, las personas afectadas viven y reaccionan al hambre, malnutrición y hambrunas de formas no siempre comprendidas. De ahí que subraye la necesidad de considerar las versiones de quienes diagnostican y tratan a los hambrientos –perspectiva *etic*–, pero también la de quienes se ven afectados directamente –perspectiva *emic*–. Mientras que los expertos, técnicos o académicos enfatizan relatos sobre etiología, observaciones o medidas, los segundos narran sus vivencias en torno a la escasez. Estos últimos, sin embargo, no están en condiciones de formar grupos de presión ni de alcanzar del mismo modo la opinión pública. Desde esta perspectiva cualquiera de los puntos de vista *emic* o *etic* son sociológicamente válidos. Sin embargo, la literatura académica contiene pocos relatos *emic* del hambre, por lo que se hace necesario recoger cuidadosamente los relatos nativos, poner en común el conjunto de experiencias y significados sobre el hambre y a partir de aquí interpretar y proporcionar herramientas intelectuales para comprender la naturaleza compleja del este problema social.

Quienes sufren situaciones de hambre, hambrunas, inanición, presentan experiencias diferentes, condicionadas social y culturalmente. La definición varía de una cultura a la otra y son múltiples las formas de expresar y vivir la privación. Para los hausa –Niger– y los kalauna –Melanesia– el hambre es considerada respectivamente como un estado normal o como una señal de que todo es deficiente y va mal. En el caso de un barrio popular de Salvador de

Bahía, el hambre se relaciona con el vacío, que tanto puede representar la sensación de hambre como la sensación de fragilidad. Cuando hablan de un estado del espíritu ‘de fuerza’, buscan atraer trabajo, suerte, afectos y aliviar así el sentimiento de rabia del hambre. Ser fuerte es una fuerza mágica. Una imbricación de sentidos y fórmulas de pensamiento y de acción para enfrentar el hambre y la cotidianidad (Freitas, 2003:167-168).

Por otro lado, para algunas culturas, la amenaza del hambre reside en que puede suponer la destrucción de una forma de vida, no un aumento de la tasa de mortalidad. En el caso de los chortís de Guatemala, es imposible asumir la presencia del hambre y la hambruna si hay maíz en la casa y en la comunidad, y es posible admitirlas si falta, a pesar de que existan otros muchos alimentos, como los ofrecidos por los proyectos de cooperación (Mariano, 2014). Así lo subrayan en este volumen Conde-Caballero, García y Mariano-Juárez, quienes demuestran que subestimar las dimensiones socioculturales del hambre y la desnutrición ha contribuido en este país a disminuir notablemente la eficacia y el sentido final de las intervenciones nacionales e internacionales.

El análisis de De Waal (2005) sobre el significado *emic* de los conceptos de hambre y hambruna en Sudán apunta que el término “comer” significa diferentes ideas positivas, tales como tener dinero, poder o sexo. Igualmente, hambre significa casi todos los tipos de sufrimiento. El concepto de hambruna es más complejo, ya que recibe distintos nombres según las circunstancias particulares del evento. Así, las hambrunas menos críticas han llevado nombres que indican escasez de grano, mientras que otras más serias son denominadas mediante términos referidos a alimentos silvestres consumidos durante la penuria. Finalmente, las hambrunas que dejan a las personas indigentes son las peor consideradas y para los sudaneses significan una pérdida permanente de estatus en la comunidad. Las situaciones de hambre que implican la pérdida de la vida no entran en este continuum de significados. De Waal plantea que las hambrunas que matan reflejan un fenómeno cualitativamente diferente que está más allá de la clasificación, aunque también apunta que los sudaneses perciben mayormente la amenaza de indigencia antes que la amenaza de muerte.

Si el hambre no puede ser definida de un modo universal ¿cuándo sabremos que está produciéndose para poder intervenir? Es más, ¿qué sucede cuando una población no reconoce el hambre como la causa de ciertas enfermedades y malestares? La aproximación fenomenológica y crítica de Schepers-Hughes (1992) en relación a la interpretación del hambre en el nordeste de Brasil nos da cuenta del sentido que adquieren las experiencias locales. La tarea principal de parte de las epistemologías críticas contemporáneas es desnudar las formas superficiales de la realidad para esclarecer las verdades escondidas. Su objetivo es, por tanto, decir “la verdad” del poder y la dominación de los grupos sociales y clases subalternas. Se trata de una aproximación más reflexiva y comprometida. En su trabajo en la ciudad-plantación de Bom Jesús da Mata, Schepers-

Hughes muestra la relación que existe entre el concepto folk “nervos” –diagnóstico que alude a una amplia gama de molestias– y sus síntomas –víctimas débiles, mareadas, desorientadas, cansadas, confusas, tristes, deprimidas, estados de euforia– con los efectos fisiológicos del hambre, a pesar de que los habitantes de Alto do Cruzeiro distinguen entre “nervos” y “fome”. Aquí, como en otros lugares del mundo, los “nervos” se han convertido en un idioma imprescindible que se utiliza para expresar tanto el hambre como la ansiedad del hambre, además de otros males y afecciones. Íntimamente ligada a este aparece la expresión de “fraqueza” –debilidad física, moral, social–. Hubo un tiempo en que estos habitantes hablaban más de hambre que de nervios, que entendían el nerviosismo como el primer síntoma del hambre –el “delirio de fome”–. Ahora, el hambre es un discurso no autorizado en las barriadas de Bom Jesús da Mata, y la rabia y la locura peligrosa del hambre se han visto metaforizadas. Los “nervos” son una dolencia presuntamente individual, el hambre no. La transición del discurso popular sobre el hambre al discurso popular sobre la enfermedad es sutil, pero esencial en la percepción del cuerpo y sus necesidades. Un cuerpo hambriento necesita comida. Un cuerpo enfermo y nervioso necesita medicamentos. Un cuerpo hambriento plantea una crítica enérgica de la sociedad; un cuerpo enfermo no necesariamente. Tal es el privilegio espacial de la enfermedad, que juega un papel social neutro y constituye una condición para eximir las culpas: no hay ni responsabilidad ni culpables.

Sea desde una u otra perspectiva, apuntándose unas causas u otras, y definiéndose de una manera u otra, la mayoría de enfoques conviene en que la (in)seguridad alimentaria continua siendo un problema a resolver y que las soluciones propuestas hasta la fecha, cada vez más sofisticadas desde un punto de vista técnico, resultan con frecuencia, ineficaces.

2. Comer en tiempos de “crisis”: ayudas que no lo son tanto

Si hasta ahora el hambre en sus diversas formas se ha localizado principalmente en los países con menos recursos dentro de los estudios de desarrollo económico y cooperación internacional (Taussig, 1978), los efectos de la recesión de 2008 han llevado a la antropología a estudiarla en sociedades industrializadas (Borch y Kjærnes, 2016), particularmente en aquellas donde las políticas de austeridad han sido más drásticas (Lambie-Mumford, 2017). En efecto, después de etapas de malnutrición recurrente, en las sociedades industrializadas se había generalizado una cierta afluencia alimentaria, afirmándose la idea de que, salvo excepciones, todo el mundo tiene acceso a la comida. Desde hace más de medio siglo y tras dejar atrás las secuelas de la Segunda Guerra Mundial o, en el caso español, la Guerra Civil, “comer” había dejado de ser un objetivo principal de la organización social para convertirse, al menos en teoría, en un derecho reconocido internacionalmente. El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos

(DUDH) cubre un amplio rango de derechos, incluyendo aquellos como el derecho a una alimentación adecuada. Si bien este derecho nunca se ha cumplido para cientos de millones de personas de los países más pobres del planeta, los acontecimientos económicos y políticos ocurridos a escala internacional en la primera década del siglo XXI también lo hacen peligrar en las sociedades postindustriales (Gracia-Arnaiz, 2019). Afectadas por una profunda, y prolongada, crisis económica global, conviene preguntarse si en ellas se han modificado algunas de las tendencias asumidas como consolidadas.

La progresiva democratización de la alimentación, la disminución de las diferencias sociales en el consumo y la seguridad alimentaria (Mennell, 1985; Fischler, 1995), destacadas en la literatura socioantropológica de los años '80 y '90 como características de la modernidad alimentaria, parecen cuestionarse hoy en países cuyos sistemas productivos están favoreciendo, cada vez más, el incremento de la disparidad entre personas ricas y pobres (OCDE, 2011) y, con ello, los consumos diferenciales. En ciertos lugares han aparecido nuevas expresiones de inseguridad, vinculadas a las escasas oportunidades que ciertas poblaciones tienen de adquirir una comida asequible y nutricionalmente adecuada. Es el caso de los *“food deserts”*, *“food swamps”*, *“food mirages”*, términos metafóricos utilizados para designar las dificultades que tienen los habitantes de áreas rurales y urbanas de proveerse de comida saludable y asequible en su vecindario, ya sea por la distancia de los comercios, el precio/tipo de los alimentos ofertados o la propia renta (Reese, 2019).

Durante la última década, la creciente precarización (Lorey, 2015) se ha visto reflejada en los cambios habidos en las prácticas alimentarias cotidianas expresando la naturaleza de las dificultades surgidas, así como los modos que cada sociedad establece para afrontarlas. En España, la reciente crisis económica mundial ha representado simultáneamente una reestructuración de la vida cotidiana para muchas personas, y una institucionalización de la incertidumbre (Alonso y Fernández, 2013). La precarización ya no es una situación excepcional en las sociedades capitalistas, sino una corriente que las atraviesa, pues cada vez más países gobiernan mediante la inseguridad económica, laboral y vital. Adoptamos aquí el concepto de precarización porque significa algo más que puestos de trabajos inseguros o coberturas sanitarias insuficientes. De acuerdo con Bramall (2013), esta nueva “era de austeridad”, que en repetidas ocasiones ha sido comparada con las consecuencias que en la vida cotidiana de los europeos tuvo la Segunda Guerra Mundial o la Guerra Civil en España, se presenta llena de contradicciones, antagonismos, alternativas y posibilidades. Se trata de un campo conceptual más abierto que los términos de “precario” o “precariedad” recibieron de las ciencias sociales en la década de los años '80 (Paugam, 2000), relacionados con las dificultades provocadas principalmente por la flexibilización del mercado de trabajo y el empeoramiento de las condiciones de empleo. Lorey (2015) propone el término de “precarización gubernamental”, contradiciendo la idea hobbesiana de un Estado que brindaría seguridad, y apunta a que en los gobiernos neoliberales, donde la precarización se en-

cuentra en un proceso de normalización, se gobierna justamente mediante la inseguridad, tanto económica como laboral, social o vital, remitiendo tanto a la precarización generalizada de las condiciones de vida como a las respuestas sociales y políticas generadas para hacer frente a estas incertidumbres. Así, la obligación de facto de un incesante trabajo de movilización de recursos propios y/o ajenos para subsistir, está dando paso a numerosos ejemplos de contra conductas y alternativas.

El impacto de las políticas de austeridad aplicadas por muchos gobiernos neoliberales a raíz de la última crisis muestra de un modo privilegiado la dualidad apuntada por Warde (1997), según la cual si bien, por un lado, es cierto que la producción es más flexible y particularizada que nunca, por otro, la clase social, cuyas fronteras son ahora más fluidas que en épocas anteriores (Subirats, 2012), continúa siendo la principal variable explicativa de las diferencias. De alcance global, la gran recesión originada en los países ricos tiene consecuencias negativas para sus poblaciones. Siendo el resultado de una suma de crisis concatenadas –alimentaria, crediticia, hipotecaria, de confianza de los mercados, etc.– ha supuesto, entre otras cosas, un aumento considerable de la pobreza especialmente en el sur de Europa. En España, durante este período, los modelos de consumo alimentario entre las personas socialmente desfavorecidas han permanecido similares respecto a cuestiones históricamente definidas: limitados en variedad, calidad y frecuencia. Lo que sí ha aumentado significativamente es la base del empobrecimiento y, junto a este, la demanda de ayudas sociales que han tensionado el modelo asistencialista encargado de cubrir sus necesidades básicas.

El tiempo ha dado la razón a quienes, desde un principio, entrecomillamos el término de “crisis” cuando empezó a inundar las esferas política, social y económica, a finales de 2009. En nuestros trabajos lo hicimos por varias razones (Gracia-Arnaiz, 2014). Una de ellas tuvo que ver con la intención de guardar distancia respecto al discurso hegemónico que la presentaba como una situación sobrevenida, con principio y fin, como un fenómeno cíclico que nos iba a devolver pronto a la situación previa. Muchos indicadores apuntaban, sin embargo, que no se trataba de un período de inestabilidad coyuntural, sino de las consecuencias de cambios estructurales provocados en décadas anteriores por las políticas económicas neoliberales y por los recortes en gastos públicos. Se estaban dando prácticas, si no nuevas, sí poco comunes en España y, en cualquier caso, dignas de estudio: búsqueda de comida en contenedores de basura, reparto de alimentos/comidas calientes en las calles y plazas, recogida de sobras en tiendas y escuelas, afluencia creciente a los comedores sociales, gente pidiendo comida puerta a puerta, activistas asaltando supermercados, sujetos robando disimuladamente piezas de fruta o las latas de conserva en los mercados.

Sin duda, la duración en el tiempo de estas manifestaciones no solo ha cuestionado las tesis de quienes habían insistido en que la “sobreabundancia” alimentaria era uno de los problemas principales de las sociedades industrializadas (Poulain, 2009), sino que evidencian que estos países también tienen dificultades para ga-

rantizar a toda la ciudadanía el acceso regular y libre a alimentos suficientes, saludables y culturalmente aceptables. En definitiva, a pesar de no existir dificultades en la disponibilidad o en el abastecimiento a los mercados y establecimientos, han descubierto la existencia de formas concretas de inseguridad alimentaria y la fragilidad de un derecho básico. En los últimos años, el término de “crisis” había sido sustituido por el de “postcrisis”, refiriéndose a situaciones que, si bien habían supuesto la recuperación e incremento de ciertos indicadores macroeconómicos, tales como el PIB o la creación de empleo, reflejaban la persistencia de la desigualdad social y la consolidación de una vulnerabilidad social y territorial profundas (Prada-Trigo, 2018). Se ha tratado de una expresión, sin embargo, de muy poco recorrido, pues ante el impacto de la pandemia provocada por el Covid-19 se augura una nueva y profunda recesión, particularmente en aquellos países donde la emergencia sanitaria está teniendo los peores efectos. En el contexto europeo, España es uno de ellos. Estamos siendo testigos, nuevamente, de cómo esta crisis está dando paso a una emergencia social que afecta a los más vulnerabilizados y que provocará nuevos contextos de pobreza e inseguridad alimentaria.

Desde que se iniciara la llamada “gran recesión”, las medidas de austeridad impuestas por los gobiernos han afectado en especial a los pobres, lo que ha convertido a España en uno de los países europeos donde más ha crecido la desigualdad social (Martín, 2019). Durante la crisis iniciada en 2008, el 15% de la clase media española se hundió y no se ha recuperado después. Mientras que las rentas más altas se han beneficiado desproporcionadamente de la recuperación, en las clases medias hay menos personas, y las que se mantienen se han empobrecido, especialmente las pertenecientes a la clase media-baja: mientras que en el 2000 contaban con el 37% de la riqueza española, en 2014 este porcentaje caía 10 puntos (Ayala y Cantó, 2018). Aunque algunos indicadores macroeconómicos han mejorado desde 2015 y la tasa de desempleo descendió al 13,78% en 2019 (EPA, 2019), seguía habiendo 3,1 millones de personas en paro. Además, la calidad del empleo ha empeorado, con más contratos temporales y salarios más bajos (Fernández, 2017). Así, la pobreza aumentó durante la crisis cuatro veces más de lo que se había reducido con la recuperación, lo que supone que 12,3 millones de personas –el 26,1% de la población total– se encontraban en riesgo de pobreza o exclusión social (Llano, 2019), muchas de las cuales dependían de la asistencia social para cubrir las necesidades básicas (Cáritas, 2016). Por otro lado, la pobreza energética aumentó dramáticamente durante este periodo, afectando a más de 4,5 millones de personas (BOE, 2017)¹¹. Nos preguntamos cuánto más se van a fragilizar las condiciones materiales de vida a consecuencia de la crisis sanitaria provocada por la Covid-19. En abril de 2020 el Fondo Monetario Internacional estimaba un decre-

cimiento de la economía española del 8% y una tasa de desempleo del 20% para ese año, una contracción que doblaría a la vivida en el 2009¹².

Lo que sí sabemos es que el empobrecimiento experimentado durante la última década ha tenido consecuencias en diversos ámbitos de la vida cotidiana, y particularmente en la salud (Cortès-Franch y González, 2014). Algunos autores señalan la pérdida del poder adquisitivo como la principal causa que explica la evolución del consumo de ciertos productos, especialmente los más baratos y menos saludables (Antentas y Vivas 2014), y también del descenso del gasto de alimentación extradoméstico. Para Medina, Aguilar y Fornons (2015), los datos ofrecidos por el Panel de Consumo Alimentario para Catalunya en el 2008, comparándolos con los de 2012, ratifican la tendencia a la baja en el consumo de alimentos en general –746,87 kg de alimentos per cápita en 2008 frente a 705,62 kg en 2012–, con mayor afectación para el grupo de la leche –no así para los yogures y quesos, que bajan de manera moderada–, las hortalizas y el pan, seguidos de la carne, las frutas, las patatas y el pescado. En sentido contrario, se observa un ligero aumento en el consumo de cerveza y de platos preparados. Con todo, hay que ser prudentes a la hora de interpretar los patrones dietéticos según esta fuente estadística, pues estos estudios solo suelen mencionar la evolución del consumo per cápita de los grandes grupos de alimentos –por ejemplo, grasas y aceites–, dentro de los cuales puede haber alimentos más o menos nutritivos o más o menos asequibles. Por otro lado, productos considerados altamente saludables, como las frutas y los vegetales, apenas variaron entre 2008 y 2014 (Gracia-Arnaiz, 2017).

En todo caso, las consecuencias socioeconómicas de la precarización en el estado nutricional de los españoles no son bien conocidas, ya que la investigación sobre el acceso de las personas a los alimentos ha sido esporádica y fragmentada, y se ha realizado en base a una variedad de definiciones y metodologías que no permiten la comparación (Díaz-Méndez, García y Otero, 2018). Sorprende, por ejemplo, que los programas de promoción de la salud, los manuales y libros blancos de nutrición, e incluso las políticas preventivas elaboradas en ese periodo (Varela, 2013), presentasen las aflicciones relacionadas con la alimentación como un simple empeoramiento de los hábitos ligados a estilos de vida poco saludables, desconsiderando los factores micro y macroestructurales que condicionan estados de la salud y nutrición desiguales. A diferencia de otros países europeos, aquí apenas hay informes oficiales o encuestas que den cuenta de los efectos de la crisis en la seguridad alimentaria. Contamos, por un lado, con la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV, 2018), la cual refleja un repunte de la carencia material severa, mostrando que a un 3,6% no le fue posible comer carne, pollo o pescado al menos cada dos días –en 2008 esta cifra fue del 2,2%–. Sin embargo, la mayor parte de la información disponible sobre inseguridad alimentaria es la elaborada por organizaciones no gubernamenta-

¹¹ <https://www.boe.es/boe/dias/2017/10/07/pdfs/BOE-A-2017-11505.pdf>

¹² <https://www.imf.org/es/Publications/WEO>

les y tiene un carácter generalmente local. El estudio llevado a cabo por la Creu Roja de Catalunya (2015) mostró que, entre los beneficiarios de sus programas de ayuda, el 60,6% de las familias con niños consumen una dieta deficitaria desde un punto de vista nutricional y experimentan distintas formas de inseguridad alimentaria, siendo leve en el 29,5% de los usuarios, moderada en el 40,7% y grave en el 21,7%. En una línea similar, un informe de FOESSA (2019) indica que, en 2013, el 16% de los españoles consumen una dieta nutricionalmente deficiente debido a la pérdida de ingresos mientras que en 2018 eran el 8%. De hecho, los datos más representativos son los presentados por la FAO (2019) a partir de la aplicación del módulo de encuestas FIES a escala mundial¹³, que indican que en España hay 700.000 personas que se encuentran en situación de inseguridad alimentaria grave, 100.000 personas más que el año anterior o, lo que es lo mismo, un incremento del 20% en apenas un año.

No disponemos de diagnósticos más específicos sobre el alcance y dimensiones de la inseguridad alimentaria porque en realidad no hay un consenso político sobre su naturaleza o, incluso, su existencia. Cuando los medios de comunicación han dado credibilidad a la existencia de hambre, desde la arena política se ha negado sistemáticamente (Gracia-Arnaiz y García-Oliva, 2017). Sin embargo, durante este periodo se ha producido un aumento constante del número de personas que por primera vez solicitan asistencia alimentaria, estimándose que hoy más de 2 millones dependen de programas de asistencia social pública y/o privada para comer de forma regular (Cáritas, 2016). Entre las personas que viven en condiciones precarias, el 22,4% recurre a familiares o amigos para pedir ayuda alimentaria o artículos de primera necesidad, mientras que el 14,7% se dirige a organizaciones religiosas o civiles para la obtención de asistencia (Llano, 2017). Entre 2007 y 2015, Cáritas Barcelona destinó más de 2 millones de euros anuales a ayuda alimentaria multiplicando por cinco este tipo de prestación (Cáritas, 2016).

Para hacer frente a la creciente demanda social, las administraciones han intensificado o creado programas de emergencia, incluyendo recursos monetarios, servicios comunitarios y, sobre todo, estimulando las donaciones de alimentos de empresas privadas, las cuales en su mayor parte reciben estímulos fiscales. En un contexto donde hay sobreproducción y excedentes alimentarios es muy común que las políticas se centren, prioritariamente, en la redistribución de comida. La administración ha abordado el problema de la asistencia alimentaria a través del fortalecimiento y la institucionalización de una amplia red de organizaciones sin ánimo de lucro que suelen gestionarla a partir, aunque no solo, de los dictámenes efectuados por los servicios sociales municipales. Solo en la ciudad de Barcelona hay 234 entidades destinadas a este cometido (Fargas, Guillaumon, Garriga, *et al.*, 2014). Instituciones supranacionales como el Banco de Alimentos, la Cruz Roja o Cáritas son, sin embargo, las principales entidades que, en colabora-

ción con las autoridades locales, almacenan y distribuyen la mayor cantidad de los alimentos procedentes de los excedentes del sector agroindustrial y de donaciones privadas (productores, empresas, servicios). La compra de alimentos a través del Plan de FEAD, el programa cofinanciado por la Unión Europea que mayor asistencia ofrece, es gestionada principalmente por la Federación Española de Bancos de Alimentos (FESBAL) y la Cruz Roja. La FESBAL, es la mayor organización destinada al reparto de alimentos en España. En 2015, distribuyó 152,9 millones de kg/l de alimentos entre 8.488 organizaciones benéficas, llegando a más de un 1,5 millón de beneficiarios –casi el doble de personas que en 2007–. En la Gran Recogida 2019 ocurrida en los principales establecimientos distribuidores, esta institución obtuvo 21 millones de kg de comida, convirtiendo a España por tercera vez consecutiva en el país de Europa que más alimentos dona.

Al margen de la capacidad que tienen esas instituciones para poner en circulación alimentos procedentes de la agroindustria, otras iniciativas dirigidas a disminuir la privación alimentaria han surgido desde 2008. Es el caso de la estrategia ministerial “Más alimentos, menos desperdicio” (MAGRAMA, 2013¹⁴), cuyo objetivo no solamente es la prevención y reducción del desperdicio generado por la cadena alimentaria, sino potenciar la solidaridad interinstitucional destinando alimentos que han salido de los canales de comercialización a las personas socialmente más desfavorecidas. Algunas de estas propuestas, conocidas como “puentes alimentarios”, son analizadas en este monográfico por Escajedo, Ibáñez-Zacamona y Rebato, destacando que algunas de ellas no han surgido tanto desde un deseo de atender a personas que están en situación o riesgo de inseguridad alimentaria, sino más bien desde la necesidad de dar salida a importantes cantidades de excedentes alimentarios e, incluso, con el objetivo de acceder a los beneficios fiscales y sociales que se asocian a las donaciones de alimentos. Esta puesta en circulación de las mermas de los restaurantes, caterings u hoteles de todas las categorías ha supuesto la legitimación de nuevas entidades sociales que se profesionalizan en el reparto de comida, y lo hacen en nombre de la dignificación de la pobreza. En esta línea están las campañas de Aprovechando Alimentos, del Banco de Alimentos, Restaurantes contra el Hambre, de Acción contra el hambre, CenasParaTodos, del Banco de Santander, BCN Comparte Comida, de Nutricionistas Sin Fronteras, entre otras muchas.

Simultáneamente, han aparecido otros proyectos promovidos por la propia sociedad civil. Ahí están las redes vecinales, los ateneos, en los barrios más desfavorecidos social y económicamente que, buscando opciones más allá de los bancos de alimentos, han creado proyectos comunitarios, como los restaurantes populares, los huertos comunitarios ecológicos, los talleres de empleo/cocina. Se trata de actuaciones que ejemplifican una articulación alternativa de políticas alimentarias a escala local. La cooperativa Gregal de Sant Andreu o el

¹³ <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>

¹⁴ <https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/estrategia-mas-alimento-menos-desperdicio/bloque1.aspx>

proyecto “Más con Menos” de Roquetas son un ejemplo de estas iniciativas en la ciudad de Barcelona. Lo más relevante es que las personas precarizadas participan en la intervención; no son meros receptores, trabajan por generar recursos compartidos, poniendo en común aprendizajes y conocimientos, y no solo ya sobre alimentación, también sobre empleo o formación. Aunque hasta la fecha son opciones minoritarias entre nuestros informantes, tienen el potencial de convertirse en espacios políticos en los que las personas no solo satisfacen sus necesidades básicas, sino que también transforman experiencias subjetivas de privación en un punto de partida para formas más activas de obtención del sustento diario. La principal fragilidad de este modelo es, por un lado, su continuidad en el tiempo, pues son difíciles de mantener sin el respaldo continuo de los implicados y sin el respaldo político —instalaciones, permisos, control de cadena alimentaria—; y, por otro, mostrar que, efectivamente, tienen capacidad para la transformación de formas de producción y de uso de recursos alimentarios.

Por su parte, las personas en situación de precarización han utilizado diversos recursos que, en algunos casos, van más allá de las formas institucionalizadas de asistencia alimentaria proporcionadas por las organizaciones humanitarias o los servicios sociales. Las personas gestionan la alimentación cotidiana adoptando una variedad de estrategias, y negociando con diversos interlocutores, grupos e instituciones en diferentes contextos; de ahí que sus itinerarios alimentarios muestren, por un lado, el carácter dinámico y cambiante de la precarización (Gracia-Arnaiz, 2019) y, por otro, la relevancia que adquieren todas las redes de apoyo formal/informal en la gestión de la privación alimentaria. Los itinerarios alimentarios constituyen los recorridos y modos de hacerse camino para la obtención de comida, de ahí su centralidad. Incluyen el rango de experiencias que, vinculadas a la incertidumbre e improvisación alimentaria, vertebran la vida diaria. Consideran también los espacios en donde las personas buscan recursos, las relaciones con los distintos interlocutores y las formas de atención. Por la flexibilidad y creatividad que los caracteriza, dan cuenta del carácter cambiante de las prácticas y saberes que la gente maneja en cada situación/etapa; y enfatizan la relevancia que adquieren todas las redes de apoyo formal/informal en la gestión de la ayuda alimentaria. Además, los itinerarios se constituyen en una herramienta útil para analizar, paralelamente, cómo cada sociedad aplica y legítima medidas para el cuidado/protección de las personas que vulnerabiliza¹⁵.

Así lo demuestran en esta obra las investigaciones de Durán, Muñoz, Llobet y Magaña-González, y de Verthein y Prata, quienes dan cuenta de los diversos colectivos que padecen inseguridad alimentaria en la ciudad de Barcelona. Mientras que las primeras autoras trabajan

con familias monoparentales, inmigrantes y personas mayores, Verthein y Prata lo hacen con mujeres usuarias de comedores sociales. En ambos casos, el estigma, la vergüenza social, la culpabilización y la discriminación sufridas como receptoras de ayudas alimentarias evidencian las carencias de las intervenciones institucionales y la necesidad de implementar un derecho a la alimentación con y para la ciudadanía. Con los alimentos que compran, reciben o encuentran, las personas intentan crear o reproducir comidas que sean acordes con los modelos de consumo previos a la crisis, tanto en ingredientes como en estructura. Pero esta reproducción, salvo en los comedores sociales o escolares, no siempre es posible, pues los cambios en el tipo de alimentos conseguidos, los lugares de consumo o preparación, los horarios o comensales afectan al conjunto del patrón alimentario. Cuando la provisión de alimentos es limitada o incierta, las personas improvisan a partir de los recursos disponibles, unas veces sustituyendo alimentos por otros baratos o de menor calidad, y otras comiendo menos, alterando la distribución de alimentos entre los miembros de la familia o incluso comiendo alimentos que antes no se consideraban comestibles. Algunas de estas soluciones conllevan experiencias de sufrimiento, pues el empobrecimiento económico y social es vivido como la incapacidad de ser capaz de cubrir autónomamente las necesidades básicas. En otras ocasiones, la colaboración en proyectos colectivos se convierte en espacios transformativos donde las personas no solo satisfacen sus necesidades básicas, sino que también transforman sus experiencias subjetivas de privación alimentaria en un punto de partida de formas más activas de proveerse el sustento diario. Este tipo de situaciones, que suponen cambios en las formas de pensar y tratar la comida, son las que deben ser analizadas desde las políticas sociales y de salud como formas de expresar, de distinto modo e intensidad, el continuum entre la seguridad e inseguridad alimentaria.

El impacto de estas intervenciones es desconocido y revela, cuando menos, un mapa muy fragmentado tanto de actores como de ayudas y servicios sociales que se proporcionan (Gracia-Arnaiz, 2019). Sorprende que todos estos recursos se hayan activado sin que este fenómeno se haya reconocido políticamente. Por el contrario, se plantea como un problema concreto de personas o familias que no pueden hacer frente a esta necesidad básica y precisan de asistencia de emergencia. De ahí que, como en otros países europeos (Riches y Silvasti, 2014), haya precedido al fortalecimiento de los programas de mitigación de esta carencia. En efecto, la progresiva institucionalización del reparto alimentario es presentada por el Estado como una especie de logro moral que, según Poppendieck (1998), pone en práctica los valores de solidaridad y altruismo de miles de donantes y distribuidores de alimentos y de los voluntarios que participan en su reparto. Estas organizaciones, que en el caso de Cataluña al menos han contribuido a que el acceso a la alimentación no sea el principal problema de los más pobres, encarnan el triunfo de un tipo de caridad vertical y de solidaridad acrítica, ya que donar o regalar comida no pretende cambiar las causas del empobrecimiento,

¹⁵ Como venimos haciendo desde 2010, vamos a analizar consecuencias socioeconómicas de la covid-19 en los itinerarios alimentarios de los más vulnerabilizados, tanto para ver si se incrementan la inseguridad alimentaria y que formas adquiere, como para incidir en el abordaje político que estas situaciones requieren. Los cientos de iniciativas que están surgiendo para darles cobertura alimentaria en esta etapa inédita de confinamiento ponen de manifiesto, una vez más, la fragilidad de nuestro sistema de protección.

sino solo aliviarlo. La asistencia alimentaria ayuda a satisfacer las necesidades básicas, pero al mismo tiempo desvía la presión social sobre el Estado y hace que los beneficiarios de estas prestaciones dependan cada vez más de los recursos que ofrecen organizaciones surgidas al amparo de este sistema de emergencia. Esto se ilustra por el hecho de que, durante la última década, muchas personas han normalizado el acceso a estas prestaciones sociales, convirtiéndolas en habituales.

3. La feminización de la pobreza y la obesidad como epítome de la precarización

No se puede hablar de seguridad o justicia alimentaria sin equidad de género, y para alcanzarla, es preciso transformar las condiciones de vida que, hoy por hoy, hacen que las mujeres sean, en términos absolutos, más pobres que los hombres. La feminización de la pobreza, un término acuñado en los años '70 por Pearce (1978), no es solo consecuencia de una falta o insuficiencia de ingresos, sino también de prejuicios de género existentes en numerosas sociedades que acaban concretándose en la privación de acceso a determinados recursos y derechos humanos básicos, como la educación, la salud o la alimentación saludable y segura. Del total de personas pobres en el mundo, el 70% son mujeres, y, entre aquellas que pasan hambre de forma crónica, el 60% son mujeres y niñas (UN, 2015). A pesar de todas las políticas de género adoptadas en las últimas décadas para revertir esta situación, los datos a nivel mundial indican que la brecha entre hombres y mujeres no se ha estrechado lo suficiente.

En el caso particular de España, el último informe FOESSA (2019) identifica la variable género como determinante en la precariedad y la estratificación social que frena la plena incorporación de la mujer en el mundo laboral, y sobre todo sus posibilidades de ascenso en la jerarquía ocupacional, sobre la base de tres indicadores de precariedad: temporalidad, jornada a tiempo parcial involuntaria y brecha salarial. Se destaca también que en los hogares en los que la sustentadora principal es una mujer se registran tasas más elevadas de pobreza. Según el INE (2018), el 42% de los hogares monoparentales con hijos a su cargo están en riesgo de pobreza, y, de estos, el 81% tienen al frente a una mujer. Por otra parte, la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social – indicador AROPE – señala en 2019 que es del 27% para las mujeres y del 25% para los hombres –680.000 más mujeres que hombres– (Llano, 2019). La brecha de género según este indicador también existe entre las personas mayores, y este último año creció notablemente debido a la diferencia en la cuantía de las pensiones que reciben hombres y mujeres. Por tanto, en el caso español se puede afirmar que existe también una feminización de la pobreza, entendida esta como un proceso en el que se van ensanchando las diferencias entre la pobreza femenina y masculina.

Estructuralmente las mujeres se han visto más afectadas por la pobreza y las diversas formas de inseguridad alimentaria. Existe abundante literatura dedicada a

analizar el rol que juegan las mujeres para abastecer y asegurar la alimentación del grupo doméstico (Gracia-Arnaiz, 2015), sin embargo, y a pesar de que los informes revelan que a nivel global hay más mujeres que hombres experimentando diferentes formas de inseguridad alimentaria (FAO, OPS, WFP, *et al.*, 2019), se ha prestado poca atención a su situación de (in)seguridad alimentaria (Broussard, 2019), especialmente en contextos adversos. Ello se debe, en parte, a la poca relevancia política dada a este fenómeno y a las herramientas metodológicas que cada país utiliza para reconocerlo y evaluarlo. A menudo, las encuestas sobre condiciones de vida y seguridad alimentaria solo recogen información sobre la unidad familiar/hogar. Ello hace pensar que, en relación con el acceso a los alimentos, existen formas de discriminación expresadas en una distribución menor de alimentos entre las mujeres.

En numerosos países los datos sobre la distribución alimentaria intrafamiliar, especialmente entre las clases con menos recursos, va claramente en perjuicio de las mujeres, quienes en situaciones de dificultades en el acceso y disponibilidad de alimentos acostumbran a comer menos y peor (Field, 2002). De hecho, la subnutrición de mujeres y niños en la historia de la clase obrera europea ha sido recurrente hasta hace escasas décadas. Sobre la cuestión de la inseguridad alimentaria en mujeres, se evidencia que, en todos los continentes, su prevalencia es moderada y grave, y es más elevada entre las mujeres, si bien es en América Latina donde se encuentran las diferencias más evidentes (FAO, OPS, WFP, *et al.*, 2019). Aquí, el desajuste es mayor entre los grupos con menos recursos y nivel de estudios, así como en las ciudades y suburbios urbanos. También los datos que proporciona el Programa Mundial de Alimentos (2019) de la Organización de Naciones Unidas señalan que, a pesar de que las mujeres son responsables del 85% del tiempo dedicado al aprovisionamiento y cocina en todo el mundo, sufren globalmente una situación de profunda inequidad en el acceso a los recursos necesarios para producir y abastecerse, y es que para muchas mujeres la pobreza significa no solo escasez y necesidad, sino también derechos no reconocidos y oportunidades limitadas.

Si bien hasta la fecha la mayor parte de la literatura sobre inseguridad alimentaria y salud se ha centrado en las formas específicas de subnutrición/desnutrición, relacionadas sobre todo con la insuficiencia energético-proteica y vitamínica, en los últimos años se ha puesto la atención en otra forma de malnutrición, la obesidad. De hecho, la literatura señala que inseguridad alimentaria y género son factores de riesgo para la obesidad (Martín y Ferris, 2007), particularmente para las mujeres. En el informe “El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo” (FAO, 2019) se destaca que:

Un análisis de los datos en el nivel de los hogares e individual de algunos países de todas las regiones revela que la inseguridad alimentaria desempeña un papel importante como factor determinante de muchas formas diferentes de malnutrición. En particular, en los países de ingresos medianos-altos y altos, vivir en un hogar afectado por inseguridad alimen-

taria es un indicador de obesidad en niños en edad escolar, adolescentes y adultos (FAO, 2019: XV)

La proporción de adultos con sobrepeso ha aumentado gradualmente en la mayoría de los países de la OCDE desde principios de la década de 2000, incluso en países donde las tasas son relativamente bajas. En Japón y Corea, esta proporción aumentó en 2.1 y 4.2 puntos porcentuales, respectivamente, entre 2000 y 2017. En países con tasas relativamente altas de sobrepeso en adultos, esta cifra varió de 2.3 puntos porcentuales en Canadá a 11.9 en Chile. Los datos de la OCDE (2017) ponen también de manifiesto que los adultos con un bajo nivel formativo tienen más probabilidades de tener sobrepeso que aquellos con un nivel superior. Esta situación se agudiza en Luxemburgo, España y Francia, donde la brecha fue mayor a 15 puntos porcentuales.

En el ámbito europeo, Robineu y De Saint Pol (2013) señalan que existe una correlación entre desigualdad social, de género, y obesidad, y subrayan que el aumento de la obesidad en Francia de la década de los 90 se tradujo en un aumento de la desigualdad que afectó más a las mujeres. Los datos de 2008 de l'Enquête Nationale Nutrition Santé señalan también que el 18,6% de las mujeres sin formación básica tienen obesidad, en comparación con el 14,7% de los hombres (Robineu y De Saint Pol, 2013). En el caso español, la epidemiología apunta también diferencias significativas en la distribución social de la obesidad. Las mujeres con un nivel educativo bajo y menos recursos tienen una probabilidad de tener sobrepeso 3,5 veces mayor que las mujeres con mayor nivel educativo. En la Encuesta Nacional de Salud de 2017 se reafirma que la prevalencia de obesidad es más alta en los grupos con nivel educativo más bajo, donde alcanza el 30,2%, siendo superior en mujeres, 34,2%, que en hombres, 25,4%. Además, un 37% presenta sobrepeso, lo que significa que más de la mitad de la población española tiene un peso por encima del esperable de acuerdo con el indicador de masa corporal, IMC. Según la OCDE (2019) España ocupa la 18ª posición, de 52, en el ranking de países de mayor a menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. La obesidad refleja una gran disparidad social, y es que en la Europa de los 28, las mujeres y los hombres del grupo de “ingresos más bajos” tienen, respectivamente, un 90% y un 50% más de probabilidades de ser obesos, en comparación con los de ingresos más altos, lo que afianza la desigualdad. Los patrones de variación de prevalencia con la clase social son más marcados en mujeres, de 7,3% en clase I a 24% en clase VI¹⁶ (Ministerio de Sanidad, 2017).

Que la inseguridad alimentaria y la obesidad puedan coexistir y estén significativamente asociadas (Alvarez-Castaño, Goez-Rueda y Carreño-Aguirre, 2012) no significa necesariamente que estén causalmente vinculadas entre sí. Tener bajos ingresos puede estar en la base de la dificultad en el acceso a los alimentos saludables y ase-

quibles, al margen de que se acompañe de un incremento del peso corporal. La literatura que da cuenta de los determinantes sociales de la obesidad coincide en subrayar también las diferencias de género. Brewis, Wutich, Falletta-Cowden *et al.* (2011), a partir de una compilación de datos sobre obesidad en hombres y mujeres, de una edad media de 36,3 años en diez países –Argentina, Islandia, Reino Unido, México, Nueva Zelanda, Samoa Americana, Paraguay, Puerto Rico, Estados Unidos y Tanzania–, destacaron las diferencias, tanto de género como por países, en las medias relativas al IMC. Los resultados destacaron, además de las diferencias en la prevalencia de obesidad por países, el estigma y discriminación que sufren las personas obesas como consecuencia del “modelo cultural globalizado” que promueve la construcción de la obesidad como enfermedad y como reflejo de un fracaso personal y social.

Por su parte, en México los datos epidemiológicos señalan que la prevalencia de obesidad en la población adulta es del 70% (ENSANUT, 2016), y para la población adulta femenina resulta interesante observar cómo pasó del 9,4%, a principios de los años 80, al 24,4% de finales de los 90 (Rivera, Barquera, Campirano, *et al.*, 2002) hasta llegar al 30% actual, situándose justo por detrás de Estados Unidos, Arabia Saudí y Egipto. Tendencias similares se han observado en Costa Rica, Barbados y el Caribe, en donde la característica común son las altas tasas de obesidad en mujeres con bajos ingresos y niños de las ciudades más pobres (Pedraza, 2009). García y Bertrán (2015) ponen de manifiesto el aumento de la obesidad entre los trabajadores de la basura que viven de la recolección, consumo y venta de desperdicios de la ciudad de México, en donde la incertidumbre alimentaria es cotidiana y se recurre a lo que haya, preparando platillos rendidores de gran poder de saciedad. Que los alimentos llenen o satisfagan al máximo el apetito es un atributo muy apreciado, aunque ello pueda repercutir en el peso corporal. En este monográfico, y haciendo referencia a Argentina, Aguirre presenta un análisis del consumo alimentario de los hogares, destacando precisamente cómo en el actual contexto de recesión, la adquisición de alimentos “rendidores y baratos que llenan y gustan” puede derivar en situaciones de desnutrición crónica y obesidad.

La precariedad económica es un factor determinante en el incremento de la prevalencia de obesidad en las mujeres (Aguirre, 2000; Robineu y De Saint Pol, 2013) pero no el único. Para Poulain (2009) resulta complejo caracterizar las situaciones de precarización tomando en cuenta únicamente indicadores económicos, siendo necesario incorporar una mirada comprehensiva y subjetiva de la pobreza que se inserte en la complejidad de los discursos y prácticas, especialmente las alimentarias. Por su parte, en un estudio realizado en Nueva Escocia –Canadá–, Papan y Clow (2012) describen la paradoja que existe entre obesidad e inseguridad alimentaria en mujeres, como un círculo vicioso que incluye experiencias de pobreza, inseguridad alimentaria y privación nutricional, causadas por la incapacidad de comprar alimentos saludables y por el estrés continuo y creciente derivado muchas veces de situaciones de so-

¹⁶ La categoría clase usada en la Encuesta Nacional de Salud se refiere al tipo de trabajo desarrollado por la población. La clase I incluye a directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. La clase VI engloba a las personas que tienen trabajos no cualificados. (Ministerio de Sanidad, 2017)

ledad y aislamiento. Muchas de estas mujeres destacan los obstáculos en relación al acceso y disponibilidad de alimentos saludables, incluidos los alimentos básicos y describieron estrategias complejas para la supervivencia, tales como el uso exacto del dinero, buscar ofertas, compra de alimentos a punto de vencer, coordinar compras con vecinas y amigas, participar en huertos sociales, saltarse las comidas e incluso compartirlas. Una forma de enfrentarse y superar la incertidumbre es, según explican Williams y Egbe en este volumen, compartir con estas mujeres herramientas de investigación-acción como estrategia de empoderamiento y emancipación. En su trabajo muestran que contar las propias historias y participar en la reflexión y el análisis crítico de sus experiencias es la mejor manera de delimitar las causas de la privación y las vías para resolverla.

Dado que las mujeres desempeñan un papel clave en la gestión de la comida dentro de la familia, vemos que son ellas también quienes con más frecuencia incorporan en sus prácticas cotidianas la parte más comprometida, gastro-anómica, de estas dificultades. Existen varias razones por las que el género, como hemos dicho, deviene una variable central: en primer lugar, porque a día de hoy la mujer sigue siendo la principal gestora de la alimentación familiar (Gracia-Arnaiz, 2015), asumiendo la responsabilidad de provisión, organización y preparación, y, en segundo lugar, porque, además de asumir la función de gestora alimentaria, sigue siendo la encargada de la alimentación de la familia. Las mujeres, con los alimentos conseguidos, comprados o adquiridos, reproducen y/o crean fórmulas culinarias aceptables y sostenibles gastro-anómicas. Sin embargo, a la hora de gestionar una comida limitada, llevan a cabo prácticas alimentarias más flexibles, pero más inciertas para su salud, gastro-anómicas. La noción de gastro-anomía en este punto nos lleva a reflexionar sobre los marcos de (in)seguridad alimentaria a partir de los cuales se construyen las normas alimentarias entre lo apropiado, deseable, saludable y nutritivo.

Cabe destacar que los comportamientos que se generan en contextos de precarización no son unilineales. Hay mujeres que, en función de sus ingresos, combinan periodos en que comen menos o se saltan comidas para alargar el presupuesto, con otros en que se abastecen de productos baratos, pero asequibles. Los ciclos de restricción o privación también pueden conducir a prácticas alimentarias desestructuradas, una preocupación excesiva por los alimentos y cambios metabólicos que promueven el almacenamiento de grasas; son peor cuando se combina con comer en exceso.

Las contradicciones presentes en situaciones de inseguridad alimentaria y su expresión a través del cuerpo obeso (Campos, 2013), hace que nos cuestionemos cómo se encarna la vulnerabilidad y el hambre en los cuerpos que escapan de los límites normativos del IMC, en un marco en el que la regulación de la dieta y del peso se articula sobre la base de la responsabilidad moral de los sujetos (Casadó-Marín y Gracia-Arnaiz, 2019). El consumo y acceso de los alimentos está condicionado por los ingresos y el precio de los alimentos: cuanto más pobre se es, más difícil resulta alimentarse de forma ade-

cuada. Los pobres no comen lo que quieren ni lo que saben que deben comer, sino lo que pueden. De ahí que no sea cierto que, como a veces se replica en las arenas mediáticas¹⁷, las mujeres pobres son más obesas porque se alimentan peor y no cuidan tanto su salud como las que tienen más poder adquisitivo.

Sin embargo, a pesar de que es necesario indagar más en la relación entre situación socioeconómica, obesidad y género, hay estudios en países industrializados, donde la obesidad es inversamente proporcional al nivel socioeconómico de las mujeres y de forma menos consistente en hombres (Ortiz-Moncada, Alvarez-Dardet, Miralles-Bueno, *et al.*, 2011). Según estas autoras el principal hallazgo es que existe relación entre obesidad, género y clase social, destacando que las mujeres de clase social VI –ver nota 16– tienen riesgo de tener sobrepeso y obesidad. Así, la sociedad contemporánea produce un nuevo tipo de pobreza que se hace cuerpo y que es producto de la desigualdad. De acuerdo con las características paradójicas de este proceso, estos cuerpos corpulentos pero hambrientos encarnan formas de inequidad, cuestionando los discursos hegemónicos que presentan a la persona obesa como enferma porque come demasiado o no sabe comer. En la práctica clínica opera un orden que debe ser modificado, pues la obesidad se sigue abordando desde el modelo del balance energético y de la responsabilidad individual y desde la mirada de la autonegligencia, la cual no toma en consideración los marcos sistémicos que sitúan a las mujeres pobres en situación de especial vulnerabilidad.

Los artículos que vienen a continuación dan voz a esas mujeres y hombres que, de diferentes formas y en distintos contextos de precarización, desafían sus propias limitaciones para enfrentarse y responder a las dificultades crecientes. El concepto de inseguridad alimentaria incorpora aquí toda una serie de tensiones expresadas dicotómicamente: hambre/ obesidad, inocuidad/ riesgo, sobreproducción/ desperdicio y seguridad/ inseguridad. Muestran también que la obtención de comida no depende solo de las capacidades de gestionar, cuando se tienen, los propios recursos, sino que ha sido y está siendo atravesada por las políticas públicas. Se trata, sin embargo, de respuestas cortoplacistas y/o caritativas que si bien permiten a los gobiernos garantizar el derecho a la alimentación con relativo éxito, no resuelven la pobreza. De ahí que planteemos la inseguridad alimentaria como epítome de las desigualdades sociales interseccionales a múltiples escalas.

¹⁷ Diario.es: “los pobres son más obesos porque se alimentan peor y no cuidan su salud tanto como los ricos.” (noticia del 14/02/19)

Bibliografía

- Aguirre, Patricia (2000). "Aspectos socio antropológicos de la obesidad en la pobreza", en Manuel Peña; Jorge Bacallo (Eds.), *La obesidad en la pobreza*. Washington: OMS, 13-26.
- Alonso, Luis Enrique; Fernández, Carlos J. (2013). "Debemos aplacar a los mercados: el espacio del sacrificio en la crisis financiera actual." *Vínculos de Historia*. 2013(2): 97-119. ISSN 2254-6901
- Álvarez-Castaño, Luz S.; Goez-Rueda, Juan D.; Carreño-Aguirre, Cristina (2012). "Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza." *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, (23): 98-110.
- Antentas, Josep M.; Vivas, Esther (2014). "Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable." *Gaceta Sanitaria*, 28(1): 58-61. DOI: [10.1016/j.gaceta.2014.04.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.006)
- Ayala, Luis; Cantó, Olga (2018). "Ciclo económico, clases medias y políticas públicas", en *Tercer informe sobre la desigualdad en España*, Madrid: Fundación Alternativas.
- Bonfil Batalla, Guillermo (2006 [1962]). *Diagnóstico sobre el hambre en Suzdal, Yucatán: un ensayo de antropología aplicada*. Ciudad de México: CIESA, UAM, UIAC.
- Borch, Anita; Kjærnes, Unni (2016). "Food security and food insecurity in Europe: An analysis of the academic discourse (1975-2013)." *Appetite*, 103: 137-147. DOI: [10.1016/j.appet.2016.04.005](https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.005)
- Bramall, Rebecca (2013). *The cultural politics of austerity: past and present in austere times*. London: Palgrave Macmillan Memory Series, Basingstoke.
- Brewis, Alexandra A.; Wutich, Amber; Falleta-Cowden, Ashlan; et al. (2011). "Body norms and fat stigma in global perspective." *Current Anthropology*, 52(2): 269-276. DOI: [10.1086/659309](https://doi.org/10.1086/659309)
- Broussard, Nzinga H. (2019). "What explains gender differences in food insecurity?" *Food Policy*, 83(C): 180-194. DOI: [10.1016/j.foodpol.2019.01.003](https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2019.01.003)
- Campos, Paul (2013). "The end of the obesity epidemic." *Crit. Pub. Health*, 23(3): 381-2. DOI: [10.1080/09581596.2013.783729](https://doi.org/10.1080/09581596.2013.783729)
- Cáritas (2016). *Fràgils. L'alimentació com a dret de ciutadania*. Barcelona: Caritas.
- Cáritas Europa (2015). *Poverty and Inequalities on the Rise*, Disponible en: http://www.caritas.eu/sites/default/files/caritascrisisreport_2015_en_final.pdf
- Carolan, Michael (2012). *The sociology of food and agriculture*. Londres: Routledge.
- Carter, Megan A.; Dubois, Lise; Tremblay, Mark (2013). "Place and food insecurity: A critical review and synthesis of the literature". *Pub. Health Nutr.*, 17(1): 94-112. DOI: [10.1017/S1368980013000633](https://doi.org/10.1017/S1368980013000633)
- Casadó-Marín, Lina; Gracia-Arnaiz, Mabel (2019). "I'm fat and proud of it" Obesity, body size diversity and fat acceptance activism in Spain." *Fat studies*, 9: 51-70. DOI: [10.1080/21604851.2019.1648994](https://doi.org/10.1080/21604851.2019.1648994)
- Castro, Josué de (1984). *Geografia da Fome*, Rio de Janeiro: Antares.
- Chadwick, Anna (2017). "Regulating excessive speculation: commodity derivatives and the global food crisis." *International & Comparative Law Quarterly*, 66(3): 625-655. DOI: [10.1017/S0020589317000136](https://doi.org/10.1017/S0020589317000136)
- Cortès-Franch, Imma; González, Beatriz (2014). "Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas". *Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria* 28, Suppl. 1:1-6. DOI: [10.1016/j.gaceta.2014.03.011](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011)
- Creu Roja de Catalunya (2015). *L'accés de la infància a l'alimentació saludable*, Barcelona: Observatori de la Vulnerabilitat.
- DeWaal, Alex [1989 (2005)]. *Famine that Kills: Darfur, Sudan*. Nueva York: Oxford Univ. Press.
- Díaz-Méndez, Cecilia; García, Isabel; Otero, Sonia (2018). "Discursos sobre la escasez: estrategias de gestión de la privación alimentaria en tiempos de crisis." *Empiria*, 40(3): 85-105. DOI: [10.5944/empiria.40.2018.22012](https://doi.org/10.5944/empiria.40.2018.22012)
- ECV. Encuesta de Condiciones de Vida (2018). Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ecv_2018.pdf
- ENS. Encuesta Nacional de Salud (2017). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- ENSANUT. Encuesta nacional de nutrición y salud (2016). Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>
- EPA. Encuesta de Población Activa (2019). Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0419.pdf>
- FAO (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
- FAO (2016). *El estado de los bosques del mundo*. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i5588s.pdf>
- FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019*. Santiago. 135. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Fargas, Laia; Guillaumon, Àlex; Garriga, Nerus; et al. (Coords.) (2014). *Informe sobre el dret a l'alimentació a Catalunya*. Disponible en: http://observatoridesc.org/sites/default/files/cat_informe-alimentacio_0.pdf
- Fernández, Daniel (2017). "Los salarios en la recuperación española", *Cuad Info Econ*, 260: 1-12. <https://www.funcas.es/Publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=3-06260>
- FESBAL (2016). *Memoria anual 2016*. Madrid: Federación Española de Bancos de Alimentos.
- Field, Alison (2002). "Epidemiology and Health and Economics Consequences of Obesity", en T.A. Wadden et al. (Eds.) *Handbook of Obesity Treatment*. New York: The Guilford Press, 3-18.
- Fischler, Claude (1995). *L'(H)omnivore*. Barcelona: Anagrama.
- Freitas, Maria do Carmo Soares (2003). *Agonia da fome*, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- FOESSA (2019). *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: FOESSA-Caritas Española.
- García, Katia; Bertrán, Miriam (2015). "Alimentación, nutrición y pobreza: el caso de un grupo de trabajadores de la basura de ciudad de México." *Actas de Congreso "Maneras de comer hoy"*. Barcelona: Odela.
- Goodman, David; Dupuis, Melanie; Goodman, Michael (2012). *Alternative Food Networks: Knowledge, Practice, and Politics*. London: Routledge.

- Gracia-Arnaiz, Mabel (2014). "Comer en tiempos de crisis: nuevos contextos alimentarios y de salud en España". *Sal Públ Méx*, 56(6): 648-653. ISSN 0036-3634
- Gracia-Arnaiz, Mabel (2015). *Comemos lo que somos. Reflexiones sobre cuerpo, género y salud*, Barcelona: Icaria.
- Gracia-Arnaiz, Mabel (2017). "Taking measures in time of crisis. The political economy of obesity prevention in Spain." *Food Pol*, 68(C): 65-76. DOI: 10.1016/j.foodpol.2017.01.001
- Gracia-Arnaiz, Mabel (2018). "La faim dans le monde", en Jean Pierre Poulain (Ed.), *Dictionnaire des cultures alimentaires*. París: P.U.F., 541-555.
- Gracia-Arnaiz, Mabel (2019). "Eating outside the home: food practices as a consequence of economic crisis in Spain", en Paul Collison, Iain Young, Lucy Antal, *et al.* (Eds). *Food and Sustainability in the Twenty First Century*, Oxford: Berhahng Books.
- Gracia-Arnaiz, Mabel; García-Oliva, Montserrat (2017). "Carpanta en la era de la abundancia: retóricas del hambre en la prensa digital", en Lorenzo Mariano Juárez, F. Xavier Medina; Julián López García (Coords.), *Comida y mundo virtual*. Barcelona: UOC.
- Herman, Agatha; Goodman, Mike (2018). "New spaces of food justice." *Local Environ*, 23(11): 1041-1046. DOI: 10.1080/13549839.2018.1527302
- INE (2018). *España en cifras*. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2018/2/
- Lambie-Mumford, Hannah (2017). *Hungry Britain: The Rise of Food Charity*. Bristol: Policy Press.
- Llano, Juan C. (2017). *El estado de la pobreza*. 7º Informe 2017, Madrid: EAPN España.
- Llano, Juan C. (2019). *El estado de la pobreza*. 9º Informe 2019, Madrid: EAPN España.
- Lomnitz, Larissa (1998) *Como sobreviven los marginados*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lorey, Isabell (2015). *State of Insecurity: Government of the Precarious*, Londres: Verso Books.
- Mariano, Lorenzo (2014). *Las hambres de la región Cho'rti' del Oriente de Guatemala*. Pamplona: Grupo 9 Universidades.
- Martín, José M. (2019). *Nueva desigualdad en España y nuevas políticas para afrontarla*. Barcelona: Observatorio Social de La Caixa.
- Martin, Katie; Ferris, Ann (2007). "Food insecurity and gender are risk factors for obesity." *J Nutr: Educ Behav*, 39(1): 31-36. DOI: 10.1016/j.jneb.2006.08.021
- McIntosh, William A. (1995). "World hunger as a social problem", en Donna Maurer; Jeffery Sobal, (Eds.). *Eating Agendas*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- McMichael, Philip (2009). "A food regime genealogy." *J. Peasant Studies*, 36(1): 139-169. DOI: 10.1080/03066150902820354
- Medina, F. Xavier; Aguilar, Alicia; Fornons, David (2015). "Alimentación, cultura y economía social. Los efectos de la crisis socioeconómica en la alimentación en Cataluña (España)." *Sociedade e Cultura*, 1: 55-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70344885006>
- Mennell, Stephen (1985). *All Manners of Food*. Londres: Basil Blackwell.
- Ministerio de Sanidad (2017). *Nota técnica del Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Mintz, Sidney (1996). *Tasting Food, Tasting Freedom*. Boston: Beacon Press.
- Moore-Lappé, Frances (2007). "Terminar con el hambre: la respuesta no es nuevos alimentos, sino una nueva mirada." *Archipiélago*, 71: 11-14.
- OCDE (2011). *Divided we stand: Why inequality keeps rising*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE (2017). *Obesity update*. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/>
- OCDE (2019). *The heavy burden of obesity*. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/>
- OCDE FAO (2018). *Perspectivas agrícolas 2018-2027*. Disponible en: http://www.agri-outlook.org/Outlook_flyer_2018_ES.pdf
- Ortiz-Moncada, Rocío; Alvarez-Dardet, Carlos; Miralles-Bueno, Juan *et al.* (2011). "Social determinants of overweight and obesity in Spain in 2006." *Med Clin*. Dec. 10. 137(15): 678-84. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.12.025
- Papan, Andrea S; Clow, Barbara (2012). *The food insecurity-obesity paradox as a vicious cycle for women: A qualitative study*. Halifax: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.
- Paugam, Serge (2000). *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: P.U.F.
- Pearce, Diana (1978). "The feminization of poverty: Women, work and welfare." *Urban & Social Change Review*, 11: 28-36.
- Pedraza, Dixis F. (2009). "Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica". *Saúde Soc. São Paulo*, 18(1): 103-117. DOI: 10.1590/S0104-12902009000100011
- Poppendieck, Janet (1998). *Sweet Charity? Emergency Food and the End of Entitlement*, London: Penguin Books.
- Pottier, Johan (1999). *The Anthropology of Food*. Cambridge: Polity Press.
- Poulain, Jean Pierre (2009). *Sociologie de l'obesité*. París: P.U.F.
- Prada-Trigo, José (2018). "Vulnerabilidad territorial, crisis y 'post-crisis económica': trayectoria y persistencia a escala intraurbana." *Scripta Nova*, 22(586): 1-23. DOI: 10.1344/sn2018.22.19710
- Reese, Ashanté (2019). *Black Food Geographies: Race, Self-Reliance, and Food Access in Washington, D.C.* Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Riches, Graham; Silvasti, Tiina (2014). *First World Hunger Revisited: Food Charity or the Right to Food*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Rivera Juan; Barquera, Simón; Campirano, Fabricio *et al.* (2002). "Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity." *Publ. Health Nutr.*, 5(1A): 123-122. DOI: 10.1079/PHN2001282
- Robineu, Delphine; De Saint Pol, Thibaut (2013). "Body fatness standards: an international comparison." *Pop & Soc*, 9: 504. DOI: 10.3917/popsoc.504.0001
- Ruiters, Michele; Wildschutt, Alvino (2010). "Food insecurity in South Africa: Where does gender matter?" *Agenda*, 24(86): 8-24. DOI: 10.1080/10130950.2010.10540516
- Sandström, Vilma; Valin, Hugo; Havlik, Petr; *et al.* (2018). "The role of trade in the greenhouse gas footprints of EU diets." *Glob Food Sec*, 19: 48-55. DOI: 10.1016/j.gfs.2018.08.007.
- Sen, Amartya (1981). *Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation*, Oxford: Clarendon.

- Scheper-Hughes, Nancy (1992). *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Shepherd, Ben (2012). "Thinking critically about food security." *Sec Dialogue*, 43(3): 195-212. DOI: [10.1177/0967010612443724](https://doi.org/10.1177/0967010612443724)
- Slocum, Rachel; Cadieux, Kirsten (2015). "Notes on the practice of food justice in the US: understanding and confronting trauma and inequity." *Journal of Political Ecology*, 22(1): 27-52. DOI: 10.2458/v22i1.21077
- Subirats, Marina (2012). *Barcelona: de la necesidad a la libertad. Las clases sociales en los albores del siglo XXI*. Barcelona: UOC.
- Sylvester, Natalie (2012). *State of hunger: Food insecurity's place in anthropology*. Disponible en: <https://anthropologyworks.com/wordpress.com/>
- Taussig, Michael (1978). "Nutrition, Development, and Foreign Aid: A Case Study of U.S.-Directed Health Care in a Colombian Plantation Zone". *International Journal of Health Services*. 8(1): 101-121.
- UNITED NATIONS (2015). *The world's women. Trends and statistics*, Nueva York: UN.
- Warde, Allan (1997). *Consumption, Food & Taste: Culinary Antinomies and Commodity Culture*. London: Sage Publications.
- Varela, Gregorio (coord) (2013). *El libro Blanco de la Nutrición en España*, Madrid : Fundación Española de la Nutrición.
- Ziegler, Jean (2011). *Destruction massive. Géopolitique de la faim*. París: Éditions Seuil.

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 epistêmicas. 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 posibilitó 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-destructivas 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, Washing 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 consolidacion metodologica. 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 historicas 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.



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Granda, Edmundo

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 30, núm. 2, abril-junio, 2004, p. 0

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Universidad Nacional de Loja.
Organización Panamericana de la Salud

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

Edmundo Granda¹

Resumen

El artículo comienza con el análisis de los avances y limitaciones en el campo de la salud pública, para abordar más tarde la discusión alrededor de la salud colectiva. Reconoce que la salud pública dominante en Ecuador y en América Latina se basó en una metáfora dominada por el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte, el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Estas categorías posibilitaron a los salubristas comportarse como interventores técnico-normativos. Los cambios ocurridos en estas últimas décadas de globalización obligan a la salud pública a encontrar un nuevo derrotero, mediante el cual se pueda comprender y actuar sobre la salud y la vida, y no solamente sobre la enfermedad; interpretar la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, y entregar mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud. En esta forma el salubrista debería más bien cumplir un papel de intérprete-mediador de las propuestas diversas en la construcción de la salud. La superación de la salud pública convencional, radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su realidad histórica, su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad. Se requiere además, cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico ante el compromiso de alcanzar logros prácticos. Al hacerlo se desarrolla ese cuádruple movimiento que nos recomienda Mario Testa: construcción de sentido y significado, de constitución y determinación. La salud colectiva al ser un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas siempre abierta a la incorporación de propuestas innovadoras, constituye una cantera de inmenso valor para la reflexión y el avance de la salud pública alternativa.

Palabras clave: Salud colectiva; Salud pública; Salud pública alternativa; Servicios públicos de salud

Constituye un inmenso honor y una gran satisfacción estar en este panel con Madel, Naomar, Moisés, Jairnilson para conversar alrededor de “¿Qué Cosa Llamamos Salud Colectiva, Hoy?”. Madel fue mi maestra en la Maestría de Medicina Social de la Universidad de Río de Janeiro y continúa siendo; Naomar, Jairnilson, Sebastiao, Carmen y los compañeros y compañeras de la Universidad Federal de Bahía han sido los pintores de un cuadro del cual siempre soñé ser parte integrante; mientras que Mo ha estado presente como referencia obligada en los intentos por entender y hacer en mejor forma mi

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

trabajo en salud pública. Esta simbiosis de amistad y generosidad es la que explica mi presencia en este diálogo sobre Salud Colectiva en un Congreso de ABRASCO, centro de pensamiento y acción en este campo.

En un primer momento pensé describir y transmitir en esta reunión lo que observé o consideré como salud colectiva. Pero es necesario comprender que a través del lenguaje no solo describimos y transmitimos sino que actuamos, y al hacerlo, creamos y transformamos nuestras identidades y el mundo en que vivimos. Considero que Madel, Moisés, Jairnilson y Naomar han sido importantes creadores de esta salud colectiva y al mismo tiempo son parte de esa nave construida por ellos y otros innumerables actores individuales e institucionales de este país. Los compañeros aquí presentes pueden, entonces, hablar con mayor propiedad sobre la salud colectiva, es decir, pueden emitir asertos o proposiciones de verdad, pueden proponer juicios y sobre todo pueden hacer declaraciones que intenten abrir nuevos caminos por los que posiblemente podrá moverse la nave de la salud colectiva. El hablar con propiedad es entonces un hablar que describe y crea mundos.

Los que venimos de fuera de este inmenso país y utilizamos constantemente aquellos productos e instrumentos con los cuales se está construyendo la embarcación llamada salud colectiva y que en algunas ocasiones también aportamos con elementos que dinamizaron las opciones de crítica constructiva que desarrollaron los constructores de la salud colectiva, parece más conveniente que les contemos a ustedes los pensamientos y las acciones que diseñamos y aplicamos tratando de elaborar un urdimbre que soporte en mejor forma nuestra práctica cotidiana relacionada con la salud de la población. En otras palabras, estaría rehusando contestar de inicio ¿Qué cosa es la salud colectiva, hoy?, para establecer, en alguna medida las limitaciones, los retos y las preguntas no contestadas que nos colocamos en nuestra práctica cotidiana en el Ecuador.

Además, considero que el nivel de sistematización disciplinaria de “la cosa, llamada salud colectiva” es mayor y más avanzada en Brasil que cualquier empeño similar desarrollado en algún otro país de América Latina incluido el Ecuador, lo cual me deja un tanto incapacitado para comprenderla por el desconocimiento e inexperiencias que cargo. Por otro lado, la salud colectiva brasileña en cuanto a disciplina y práctica necesariamente se mueve y se desarrolla en íntima relación con el contexto social, económico, cultural y político de este país adoptando algunas de sus expresiones un sabor particular mientras que en otras ocasiones se hace más formal y genera propuestas que quieren ser más generales. La salud colectiva se construye, según expresa Jairnilson Paim como “proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte”, lo cual me da pie para que también pueda hablar de los sueños, subjetividades y proyectos generados en mi país y desde ellos tratar de entender “esa cosa llamada salud colectiva”.

Cuando hablo de lo nuestro, me refiero fundamentalmente a la reflexión y acción que hemos desarrollado con las maestrías de salud pública del Ecuador y algunas del área Andina, con los compañeros de la OPS/OMS y más específicamente la Maestría de la Universidad Nacional de Loja (UNL), ella interpreta que la coyuntura actual reclama de la salud pública *conocimientos y prácticas suficientemente amplias para interpretar y explicar la situación actual de salud y de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y salud cada vez más deteriorados de las mayorías*¹⁸

poblacionales, promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un estado democrático coherente con estas necesidades y derechos, este a su vez, debe ser capaz de tejer redes de cooperación internacional en este campo. En un ámbito más restringido, la Maestría de Salud Pública de la UNL se mueve alrededor de la pregunta sobre *cómo desarrollar las mejores ideas y acciones para apoyar la forja de una Salud Pública que pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el mejoramiento y cuidado de la salud-enfermedad de la población ecuatoriana.* En esa medida, existe la idea de que Salud Pública tradicional tiene muchas limitaciones pero que algunos conceptos, métodos y técnicas pueden ser utilizados críticamente con miras a forjar una propuesta más coherente.

Un primer elemento necesario para la construcción de un pensamiento y una práctica acorde con las necesidades de salud de la población, llámese esta salud colectiva, o salud pública alternativa, o medicina social, radica en la necesidad de comprenderla como historia buscando en el ayer y en el hoy sus potencialidades y sus limitaciones. Mario Testa en su obra *Pensar en Salud* nos dice: [...] *si solo la historia puede conducir a una ciencia verdadera, una ciencia verdadera tiene que servir para la construcción de la historia.*¹ Considero que un aporte importante de la Medicina Social Latinoamericana y de la salud colectiva ha sido esta preocupación por comprender cómo se fueron constituyendo las categorías y las prácticas en este campo, lo cual ha permitido superar la visión tecnicista de la salud pública tradicional, y fundamentar una propuesta de una salud colectiva contextualizada. Esta es una segunda característica que acompaña el trabajo alternativo desarrollado en el área; este es, el intento de construir una propuesta científica orientada según el contexto, que interpreta que la salud pública con teoría y práctica es parte de un todo.

A inicios de la década de los años 90 la Universidad Nacional de Loja se unió al esfuerzo latinoamericano por indagar el pasado para dar respuesta a la *Crisis de la Salud Pública que había sido definida como la incapacidad de la mayoría de las sociedades para promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren*² e interpretó que la Salud Pública en el Ecuador había perdido su identidad, quedando reducida a una colección de acciones parciales, desordenadas e ineficaces, desarrolladas por un Estado en retirada de sus obligaciones sociales. Como práctica social habían aparecido algunas fuerzas vicariantes que desarrollaron importantes propuestas algunas de ellas exitosas, mientras el mercado había fijado su atención únicamente en la posibilidad de transformar la gerencia de los servicios de atención a la enfermedad en buenos prospectos de acumulación de capital dejando de lado la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud por su carácter no rentable. En el plano disciplinario, la salud pública adoptaba varios rostros: en algunos momentos aparecía como un arreglo de ideas pobremente hilvanadas que respondía a planteamientos funcionalistas útiles para el Estado o para el mercado; en ocasiones también entraba a conversar con el mundo de la vida sin lograr entenderlo y balbuceaba algunas propuestas no siempre coherentes, mientras que en otras ocasiones adoptaba remilgos cientificistas. De todas maneras, también se visualizaban avances disciplinarios impulsados desde algunos centros de educación superior que intentaban hilvanar aproximaciones más abarcativas y contextualizadas. En resumidas cuentas, pensábamos que la salud pública ya no era lo que había sido, pero tampoco llegaba a ser otra, sino que se mantenía en una situación solo de informante.

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

Al mirar hacia inicios del siglo xx pudimos definir algunas características de la salud pública convencional a la que denominamos *Enfermología Pública*,³ estas son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud.
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.
- El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención la enfermedad.

Para nuestro modo de ver estas características filosóficas, teóricas, metodológicas y prácticas de la salud pública convencional, explican sus fortalezas y debilidades, definen los ámbitos de crítica y dan luces para proponer su cambio.

No intentamos decir que esas características han estado siempre presentes en la salud pública, sino que estas han tenido mayor fuerza durante el siglo xx, y que se opone a otras propuestas como, por ejemplo, a la generada por el movimiento europeo de la Medicina Social, que reconocía que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población. Así, la propuesta de *Virchow* consistía en una reforma social radical que, en términos generales, comprendía “*democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad*.”⁴ Similares aspiraciones fueron reinstaladas en los decenios de los sesenta y ochenta en América Latina con el Movimiento de la Medicina Social.

El movimiento europeo dejó como impronta un rico arsenal doctrinario e ideológico que no fue integrado por la *Enfermología Pública*. Tampoco el movimiento latinoamericano de medicina social logrado impactar significativamente sobre la salud pública convencional a pesar de su crítica radical, conocimientos aportados y sus propuestas innovadoras. Diferente suerte ha tenido la Salud Colectiva Brasileña, la que –según creo– ha podido impactar en el pensamiento y la práctica de la salud poblacional.

Tampoco produjeron grandes reformulaciones las distintas propuestas reconocidas por *Arouca* como *preventivistas* (Arouca S. O dilema preventivista: contribuicao para a comprensaõ e crítica da medicina preventiva. [tesis de doctorado] Campinas: UNICAMP;1972], por el contrario, fortalecieron ese paradigma o metáfora;⁵ me refiero a las iniciativas de cambio de los departamentos universitarios de higiene por los de medicina preventiva, las propuestas de medicina comunitaria forjadas en Estados Unidos y algunos países de América Latina; y la iniciativa de atención primaria de salud.

La permanencia y relativo éxito de la metáfora de la salud pública basada en el mencionado trípode, posiblemente, se deben a la coherencia entre los sustentos ideológicos, sus concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad.

Con miras a comprender la salud pública convencional, recordemos que la medicina clínica constituye

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. *Foucault*, en el *Nacimiento de la clínica* afirma lo siguiente: *El hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia... sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo*

El éxito de la medicina clínica que, sin lugar a dudas ha sido bastante notorio, ha dependido del logro de su positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. De esta manera, una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas han podido ser explicados, neutralizados o abolidos, con lo cual se ha logrado producir “máquinas corporales” menos enfermas y que tardan más en morir.

Ante el “éxito” de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, se consideró a principios del siglo xx, que era posible construir una “Enfermología Social” llamada Salud Pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares. La salud pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo que correspondía a la medicina clínica sino que se responsabilizaría de las causas que se encuentran por *fuera* de la *máquina corporal*. En esa medida, la salud pública podría *salirse* del cuerpo humano y encontrar las causas en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos que podrían causar las enfermedades. La Salud Pública ocupa, entonces, un espacio distinto de aquel que es ocupado y dominado por la clínica tomando a su cargo el *riesgo* y la *prevención* de la enfermedad.

Planteamos que la medicina clínica tiene como fin fundamental *curar*, y en esa medida acepta, al constituirse como disciplina científica, centrar su preocupación alrededor de la enfermedad. Sin lugar a dudas, la enfermedad de la persona sería *exorcizada* y su muerte sería evitada a través de la intervención sabia del pensamiento y bisturí manejados por la mirada y la mano del médico. Pero para la salud pública, el problema es más complejo y debe contestar la pregunta ¿Dónde se encuentran el pensamiento y bisturí públicos para *explicar* el riesgo y *prevenir* o *exorcizar* la enfermedad y muerte que ocurren en los grupos humanos? La salud pública los ubica en la *tecnología positivista* manejada por el *Estado*. De igual que la medicina transforma al médico en el “mago” que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la salud pública transforma al Estado en el “mago” que explica el *riesgo* y *previene*.

Esta metáfora del *Estado “mago”* y *exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos* es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo xix y a inicios del xx. Es también coherente con las utopías reinantes en ese momento. Recordemos que hemos vivido dos siglos con la idea que la razón (instrumental) y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, mediante el cual, organizaríamos un centro o Estado Soberano, el mismo que fundamentado en el conocimiento científico podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos, brindar la felicidad a todos, y en el campo de la salud, explicar los riesgos

prevenir las enfermedades colectivas y organizar los servicios para la curación de las enfermedades.⁷

La salud pública organiza, de esta manera su base de sustento sobre el mencionado trípode constituido por el pensamiento centrado alrededor de la enfermedad y la muerte, el método positivista o naturalista para el cálculo del riesgo de ocurrencia de enfermedades en la población, el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y la preeminencia del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica.

Los presupuestos funcionalistas ahorran a la salud pública la preocupación por el sujeto individual y colectivo, es suficiente interpretarlo como objeto individual u objeto colectivo que existe y se reproduce en función de la estructura o sistema social de la que es parte determinada y sobre el que puede hacer una aproximación naturalista o positivista. La aproximación positivista permite leer la realidad de esos *objetos* a través de la razón tecnológica⁸ o razón instrumental⁹ conforme corresponde a cualquier cosa u objeto que no es *autopoiético*,¹⁰ es decir, que no genera en su diario vivir ni sus normas, ni sus productos, ni sus mecanismos de reproducción. Ante un objeto que existe como un producto de las causas del ayer, no es necesario comprender la acción social (que se da en el aquí y ahora) y además es lícito que el Estado intervenga desde fuera con la tecnología científica para lograr la salud por descuido de enfermedad.

El salubrista, entonces, se constituye en un agente del Estado y de la técnica: un interventor técnico-normativo, quien durante su accionar logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la verdad de la ideología científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo. La salud pública pasa a ser una buena expresión de una disciplina científica moderna, una forma de orden del mundo, y a su vez la enfermedad de la población es transformada *en objeto de la ciencia, pasible de intervención, de transformación, de modelación de “producción.”*¹¹

Mediante su accionar interventor técnico-normativo el salubrista requiere:

- Integrar y acumular conocimientos, habilidades y experiencias depositadas en los cánones científico-técnicos, con los cuales el salubrista puede llevar a cabo el cálculo del riesgo; en este sentido debe saber aplicar las metodologías de investigación positivas específicas para cada situación.
- Apoyar la elaboración y hacer cumplir las normas dictaminadas por el Estado referidas a la enfermedad pública y a las respuestas sociales organizadas sobre ésta.
- Organizar, desarrollar y cuidar los servicios encargados de prevenir las enfermedades y apoyar la administración de aquellas instituciones destinadas a tratarlas.
- Educar a la población para que adquiera los conocimientos y técnicas que permitan calcular sus riesgos, prevenir las enfermedades y, al mismo tiempo, sustituir sus saberes y prácticas tradicionales (por tanto irracionales y riesgosos).
- Velar por la sistematización y desarrollo de los conocimientos y normas necesarios para el avance de la ciencia y el fortalecimiento del Estado.

El salubrista del siglo xx está encomendado, entonces, a cuidar la *salud* del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; e intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no sólo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa.

Consideramos que la construcción de una propuesta alternativa en el campo de la salud pública debe criticar las características anteriormente indicadas. En otros términos debería estudiar la potencialidad para construir una salud pública fundamentada en una metáfora que reconoce los siguientes presupuestos:

1. Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
2. Métodos que integran diversas metáforas, y proponen variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista) capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras.
3. Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes a más del poder del Estado: el accionar del individuo, de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

Una primera pregunta se refiere a la posibilidad de que en este momento de globalización y neoliberalismo triunfante se avance hacia dicha propuesta. Parece que aquello es posible, ya que cada vez más oímos que: a) no es posible lograr la salud únicamente por el descuento de la enfermedad; b) la aproximación positivista y funcionalista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción también ha sido grandemente criticada; c) el Estado, supuesto *magos y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos*, ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía transformándose en intermediador de intereses distintos y por lo general contrapuestos; d) nuevas fuerzas sociales y políticas aparecen en el horizonte; y, e) importantes innovaciones teóricas y prácticas ocurren en la ciencia en general y en la investigación en salud en particular.

Estos hechos han sido abordados con más detenimiento en trabajos anteriores,^{12,13,3} tan solo recordemos dos elementos importantes: el Estado nación, contenedor del quehacer en salud pública y principal impulsor de la misma ha debilitado su autonomía y soberanía transformándose en un intermediario sin gran poder para definir y defender las políticas sociales en el campo de la salud colectiva. Al mismo tiempo nuevos poderes han aparecido representados por las identidades defensivas y proyectivas, las que defienden aspectos íntimamente ligados con su mundo de la vida y proyectan su accionar político hacia otros actores y ámbitos de la sociedad. En esa medida, desde la salud pública debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de nuestra disciplina radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes-mediadores de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

En otras palabras, el contexto social, cultural y político actual abre una perspectiva de cambio para la salud pública convencional. Al mismo tiempo el debilitamiento de la metáfora que sustenta la epistémica

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

de la “enfermología pública” también reclama nuevas formas de mirar y accionar.

La mirada

Habíamos dicho anteriormente que una primera característica de las propuestas alternativas sobre la salud pública constituye su necesidad de comprenderla históricamente. Una segunda característica habíamos indicado, es aquella necesidad de contextualización. Una tercera característica que acompaña a las propuestas de cambio radica en la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de la población.

La salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva mientras que, la Salud Pública Alternativa requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir y al mismo tiempo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos.

Bajo este requerimiento, interpretamos que la mirada de la Salud Pública Alternativa está cambiando buscando ampliar su horizonte para avanzar desde:

- a) Su preocupación por ver solamente la enfermedad y la muerte a la necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida, sin descuidar las primeras.
- b) Su costumbre de ver objetos al intento por mirar sujetos.
- c) Su compromiso con la función sanitarista del Estado a la comprensión de otras formas de accionar saludables que a su vez construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud.

Para la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (la evidencia) sobre la enfermedad, ni su libre voluntad juega en la curación, sino que el individuo tiene que supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión cuanto en su accionar, a los dictámenes del médico representante del conocimiento y del método científicos; en esta forma, en palabras de *Foucault*: *el individuo es suprimido, es barrido como evidencia; o como dice Madel Luz, la cuestión de la vida... transformada en metafísica*.¹¹ Así también, con la *Enfermología Pública*, los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida pueden jugar ningún papel la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas, las que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral. Por otro lado, las prácticas necesarias para la prevención deben ser diseñadas y ejecutadas por el Estado, el que en su labor igualmente civilizadora ayudará a superar las prácticas y poderes locales necesariamente irracionales y colectividades, en palabras de *Foucault*, habrían sido suprimidas o transformadas en objetos con vida.

La vida y el sujeto

Para la salud pública alternativa, lo anterior es profundamente contradictorio porque:

- No pueden existir objetos conscientes con vida; estos, necesariamente son sujetos.

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

- Los objetos siempre son alopoiéticos, mientras que los seres vivos son autopoiéticos,¹⁶ es decir, producen sus propias normas y estructuras de autoproducción; en especial las poblaciones humanas.
- El vivir genera la salud y esta no se da únicamente por descuido de la enfermedad; *salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado.* (Maestría de Salud Pública de la UNL 1997-1999. Plan de estudios. Loja: Universidad Nacional de Loja; 1997.)
- Si en el diario deambular, las poblaciones producen su salud, entonces, la *fuerza o poder* fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida. No es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva para alcanzar la salud.
- **Si se considera que la propia vida engendra salud, se requiere interpretar la vida mediante lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio,**** de otra forma ocurre lo que *Almeida y Silva Paim* critican: “la salud se ubica en el punto ciego de las ciencias de la salud.”¹⁴

Reflexionemos sobre los puntos anteriores:

Si la salud es la capacidad de regular por uno mismo la normalidad del buen funcionamiento corporal y psíquico, entonces podremos hablar de una norma biológica común para la especie pero también existe una norma cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Existirá además una norma individual propia de cada persona, producto de su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente. Si es así, la Salud Pública Alternativa comienza a preguntarse acerca de cómo proceder para transformarse en intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

Lo anterior está llevando a la salud pública a pensar que el método científico positivista basado en la idea de la *verdad universal* a través de la *mathesis* o *comparación de las cosas en el mundo*⁸ deberá ceder paso a una propuesta metódica que también considere las *verdades* particulares y diversas ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano conservan su capacidad de instituir nuevas normas. Esta forma de ver hace más complejo los métodos de investigación tradicionales utilizados por la epidemiología y fundamentados en una visión de riesgo, al verse obligados a diferenciar la susceptibilidad grupal e individual y la acción de los factores asociados al problema que se intenta estudiar.¹⁵ Al respecto, *Naomar Almeida*, desde la Epidemiología hace aportes importantes para dar cuenta de esta y otras problemáticas al introducir tres dimensiones: la dimensión de las instancias, la dimensión de los dominios y la dimensión de los niveles de complejidad.¹⁶

La Salud Pública Alternativa también está repensando sobre el tiempo en forma muy diferente a como tradicionalmente hemos pensado, esto es, en una supuesta *eternidad* en las leyes. El interés por dar cuenta de la salud y vida y no solo de la enfermedad recomienda más bien que se piense en la salud como la capacidad de romper las normas impuestas y construir nuevas normas bajo los requerimientos

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

de adaptación al cambiante mundo.

Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habiéndose instituido nuevas normas en situaciones nuevas.¹⁷ Al respecto *Humberto Maturana* interpreta que el organismo, para sobrevivir, requiere acoplarse a sus especiales requerimientos organizativos que establecen su propia *identidad*, para lo cual en ocasiones tiene necesidad de cambiar sus relaciones con el medio: *Todo lo que en los seres vivos ocurre no responde a especificaciones del medio, sino a sus propias determinaciones estructurales. Lo único que el medio puede hacer es “gatillar” determinadas reacciones definidas por la estructura del ser vivo.*¹⁸

La Salud Pública Alternativa tendría necesariamente que aceptar la temporalidad y en esa medida está compeler a entender que los planteamientos requeridos para la superación de la salud no se encuentran únicamente en la construcción de una ciencia representativa de toda la supuesta verdad y en un Estado centro intérprete y legislador de toda norma necesaria para lograr la salud, sino que la acción fundamental radica en la constante e infinita norma que elabora el propio organismo viviente en su acoplamiento estructural y en su acoplamiento consensual,¹⁰ acción que la salud pública debería constantemente interpretar y reinterpretar.

La Salud Pública Alternativa también requiere interpretar el futuro en forma distinta a la clásicamente establecida: es decir no puede aceptar la evolución como un hecho necesario, previamente establecido por las leyes objetivas dentro de un universo cerrado. Si la propia vida tiene una capacidad autonormativa o autopoietica, entonces, el universo siempre es abierto y la evolución es más bien el resultado de una deriva natural, conforme lo sustentan *Varela y Maturana*,¹⁰ mientras que la sociedad parece que sigue un camino más allá de la gente y que es necesario deshacerse de esa idea de una dirección consciente y de un total dominio sobre nuestro destino, tal como lo contemplaban los sociólogos clásicos. Esto es importante, porque cada día aparece con más fuerza la idea de primero mirar el presente para interpretar la vida de los organismos y poblaciones y explicar la forma como *emergen* las propias normas de la sociedad, del organismo o del cuerpo.

Si la norma se halla ubicada en la vida misma del organismo y en la acción o vida social, es difícil recomendar que el presente se supedita a una imagen del futuro elaborada con cualquier teleología de tipo cientificista porque para una proyección donde se pone como eje la vida, todas las predicciones se transforman en previsiones relativizadas por la fuerza de las normas que emergen en el presente por la dinámica de la materia o por la capacidad autopoietica natural o social. Entonces la seguridad del futuro únicamente será posible construirla mediante la *acción* que se desarrolla aquí y ahora (Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington: OPS/OMS;1993).

La Salud Pública Alternativa creemos debe proponer una interpretación diferente no solo del tiempo, sino también del espacio. Tiempo y espacio aparecen imbricados en la acción humana, donde las nociones de presencia-ausencia humanizan al tiempo-espacio. La expresión *aquí y ahora* considera la

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

noción de lo local como ámbito privilegiado para el pensamiento y la práctica. En la localidad sería más factible descubrir los rasgos característicos de la vida que se tejen como acción social.

La Salud Pública Alternativa da un énfasis grande a la acción que había sido dejada de lado por el poder avasallador del cogito cartesiano. Además, las dicotomías teoría-práctica y sujeto-objeto son cuestionadas y se plantea que *todo conocer es hacer y todo hacer es conocer*,¹⁰ con lo cual se reconoce que el pienso, luego existo es posterior al acciono, luego existo, conforme propone *Heidegger*,¹⁹ o al distingo, luego existo como habla *Von Glaserfeld*.²⁰

La Salud Pública Alternativa nos lleva a reconocer y dar importancia a otras racionalidades y en esa empresa, también reconocen que el obrar se acompaña de una *conciencia práctica*;²¹ y por tanto, también es racional aun antes que la conciencia discursiva se haga presente. Si es así, entonces, la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción promoción gana una fuerza inusitada, pero no solo como una concepción de promocionar los comportamientos y *estilos de vida* racionales y universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoieticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones en su diario accionar, con lo cual el carácter *civilizatorio* o mesiánico de la ciencia occidental perdería su poder omnímodo para compartir conocimientos, saberes y prácticas con otras culturas.²² **La ampliación de la razón nos lleva, por otro lado, a reconocer que la verdad científica no es necesariamente buena sino que lo adecuado tiene siempre que ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo establecemos qué es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico.*****

Si la razón instrumental creada por el pensamiento occidental ya no es aceptada como *la verdad* sino como una interpretación de la realidad, esta es más factible de ser descubierta por el accionar humano diverso, local, complejo y temporal, se desprende que para encontrar la *verdad* sobre la salud es fundamental volver sobre la identidad, sobre el sujeto, sobre el organismo.

Es interesante reconocer que Salud Pública Alternativa propondría comprender la salud pública desde la vida misma y no solo desde el cálculo del riesgo que ocurre por fuera y antes que la *máquina corpora* enferme. El riesgo se internalizaría y se encontraría ubicado en la propia vida del individuo y del grupo, con lo cual la salud pública se imbricaría con el afán de construcción de la identidad individual y colectiva. Una de las maneras de promover la salud radicaría en que la población aprenda a conocer y manejar los riesgos, más que querer dominarlo todo, porque lo que con seguridad hemos aprendido en esta época de increíble desarrollo científico es que, como habíamos dicho anteriormente, existen condiciones de la acción humana desconocidas y consecuencias de la acción no deseadas, debido a lo cual es más complejo calcular los riesgos manufacturados, siendo mandatorio que todos construyamos acción mediante el acuerdo intersubjetivo.

El sujeto social y la vida

En los párrafos anteriores enfatizamos en la necesidad que tiene la salud pública de aproximarse primero a la vida y al sujeto con el fin de liberarse de aquella atadura que la obligaba a mirar nada más que

objetos alopoiéticos cifrados por la enfermedad y la muerte, los que debían ser “exorcizados” por una salud pública científicista y normativa montada sobre el aparato Estatal.

El imaginar que la salud ocurre por el propio hecho o acción de vivir, es sin lugar a dudas refrescante porque realza el carácter “autopoiético” del ser vivo, pero es al mismo tiempo peligroso que este pensamiento libre de toda atadura nos lleve a generar imágenes de organismos particulares que supuestamente existen al margen del sistema social, cuando sabemos que la salud pública, al intentar comprender la salud como hecho social tiene necesariamente que interpretar el vivir como acción biológica y social. Pero aquello no es suficiente, porque la salud pública en cuanto multidisciplinaria no puede comprender solamente las acciones sociales que generan salud, sino que también requiere explicar y obrar sobre las estructuras que potencian o restringen el desarrollo de esas acciones sociales. En esa medida, la salud pública tiene que *mirar la acción y la estructura*. Ahora bien, no puede ver la acción viviendo únicamente desde la estructura porque terminaría traduciéndola en una simple función, tal como lo hizo el pensamiento funcionalista sobre el que se fundamentó la salud pública convencional. Tampoco puede ver la estructura únicamente desde la acción porque terminaría interpretando que la estructura es solamente un epifenómeno de la acción.

La Salud Pública Alternativa requiere entender la estructura de las prácticas sociales saludables y deteriorantes, esto es, comprender y explicar *como la estructura es constituida por la acción, y recíprocamente, como la acción es constituida estructuralmente*.²³ En esa medida podremos interpretar que la vida saludable es construida diaria y activamente por sujetos diestros y calificados pero que al mismo tiempo esa construcción lo hacen como actores históricamente situados y *no bajo condiciones de su propia* elección.²⁴ Así, las conductas saludables pueden ser interpretadas tanto como acciones intencionales generadas por el sujeto pero al mismo tiempo habilitadas o constreñidas por las regularidades estructurales en las que se desenvuelve dicho comportamiento.

Los mencionados procesos de estructuración de las prácticas sociales saludables o deteriorantes deben necesariamente ser entendidos en base a la interacción de marcos significativos constituidos por los propios actores sociales, marcos que se sustentan en criterios de *verdad*, eticidad, veracidad, los que a su vez se desenvuelven por medio de la comunicación de los poderes que se reproducen en esa interacción. Al respecto, *Giddens* opina que *todo orden cognoscitivo y moral es al mismo tiempo un sistema de poder, que incluye un horizonte de legitimidad*.²³ De esta forma la salud pública podría resistirse a la receta reduccionista de la razón instrumental que intenta ver la acción humana como una simple función de la estructura para más bien rescatar las prácticas sociales con sus potencialidades emancipadoras.

La Salud Pública Alternativa manifiesta su compromiso de impulsar la estructuración de prácticas saludables con la participación de los distintos actores sin dejar de lado el estudio del sistema en cuanto a normas y recursos que apoyan o perturban el desarrollo de acciones saludables. Es por esto que habíamos dicho que la labor del salubrista se centra alrededor de la interpretación de las acciones vitales que generan salud y al mismo tiempo la mediación promotora de normas y recursos que factibilizan dicha labor, pero en ningún momento creemos que es conveniente solamente centrarse alrededor de las funciones estatales. Si bien las Funciones Esenciales de la Salud Pública recomendadas por la

Organización Panamericana de la Salud²⁵ conducen a visualizar las obligaciones de un Estado que ha dejado de lado el quehacer en este campo, no dan cuenta de los cambios urgentes que deben llevarse a cabo en las maneras de ver, interpretar y accionar en la salud pública, ya que al centrar la preocupación alrededor del quehacer gubernamental, las prácticas sociales que pueden apuntalar la salud y la vida se conceptualizadas con bastante profundidad pero luego pasan a ser operacionalizadas en cuanto a la función estatal. En otras palabras las Funciones Esenciales de la Salud Pública parece que estarían interpretando que la vida y la salud solo son posibles lograrlas a través del *control* del Estado en un momento de inmensa debilidad del mismo. Quién sabe, la posibilidad de que el Estado no disminuya aún más sus obligaciones sociales alrededor de que la salud radica en que las nuevas fuerzas o movimientos sociales puedan ampliar la democracia pero al mismo tiempo fortalezcan su capacidad de control social, vigilancia y presión sobre los deberes del Estado en el ámbito de la salud colectiva. Como dice *Amelia Cohn ...continuamos condenados(as) a buscar descifrar las nuevas formas de construcción y mediación entre intereses particulares y universales, sin caer en las artimañas de retomar la vieja antinomia entre Estado y sociedad civil, y tampoco confundir lo público con lo estatal... no ceder los preceptos y valores éticos comprometidos con la democracia sin perder la perspectiva crítica que tal opción exige* (Cohn A. Estado e sociedades reconfiguraciones do direito a saúde. *Ciencia e Saúde Coletiva*. 8(1):9-32).

La interpretación-acción

Es fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relaciones redes autodependientes, sistemas complejos, etc., avances que en alguna medida van integrándose a la salud colectiva y que nos brindarán nuevos elementos para una mejor comprensión del complejo mundo de la vida. Los aportes de *Humberto Maturana, Francisco Varela, Fritjof Capra*, etc. son posiblemente los que más apoyan para establecer una potencialidad interpretativa diversa para la salud pública.

Pero además, es fundamental que recordemos que el accionar en el campo de la salud pública, como lo reconoce *Mario Testa*²⁶ se desarrolla en un doble movimiento de determinación-constitución y de significado-sentido. En otras palabras, es fundamental que la acción en salud pública obre con un criterio de búsqueda de las determinaciones de su objeto de estudio, esto es, descubra las “fuerzas positivas que establecen los límites dentro de los cuales puede ocurrir el fenómeno”. Además en la acción en salud pública el salubrista se forma en cuanto sujeto, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, sujeto público para, por último, reconstituirse como sujeto de la vida comprometido con el cambio requerido. Para hacerlo el salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con el que se encuentra que por lo general se consolida en cuanto a la estructura pero a su vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido. El juego de sentido-significado-determinación-constitución es un juego complejo capaz de caminar con algún éxito entre el *scila* del subjetivismo y el *caribdis* del objetivismo.

Bajo este requerimiento *Mario Testa* reconoce la necesidad de una doble hermenéutica recomendada por *Habermas* y *Giddens*. Al respecto, las ciencias sociales, han avanzado notoriamente y surge la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica a través de la inmersión directa en

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

cientista social con la población y en su mundo de la vida, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Pero además, las ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia.

El mundo en el que se mueve el salubrista es un mundo que está *dado*²⁷ y que también está *dándose*. Está *dado* como estructura en la que es posible encontrar recursos físicos, ecológicos, biológicos, financieros, tecnológicos, etc., por un lado, pero también normas: leyes, reglamentos, directivas reconocidas e institucionalizadas. Está además *dándose* (ocurriendo) como la autopoiesis vital individual y social y como producto del accionar de la gente con sus verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder.

El salubrista requiere conocer-accionar en ese doble mundo de lo *dado* y del *dándose*. La complejidad de la acción-investigación por parte del salubrista radica en que se aproxima en el mundo de lo *dado* a un objeto que aparece como biopsicología individual que también es social en razón del acoplamiento estructural y consensual del que nos habla *Maturana*;¹⁰ por lo tanto el salubrista lidia con un objeto que siempre es sujeto. Pero no solo es social sino que está constantemente *dándose*, es decir, es una biopsicología individual que está *dándose* por propia autopoiesis individual y por la interrelación social. En otras palabras trabajamos siempre con objetos que son sujetos y con individuos que son sociales, pero que nunca pierden su carácter individual por su característica autopoietica conforme indica *Castiel*.²⁸

Esta situación complica aún más la *efectividad operacional en el dominio de la existencia*¹⁰ (conocimiento) del salubrista, porque no solo debe dar cuenta de un objeto-sujeto que está *dándose* en cuanto actor social sino que debe también dar cuenta de un actor socio-biológico. En otras palabras debemos imbricar la aproximación que propone *Testa* con aquella mirada del epidemiólogo, conforme reclama *Almeida Filho*¹⁶ en su obra “La ciencia tímida”. *Las teorías contemporáneas de la planificación-gestión en salud son cada vez más basadas en el concepto práctica, todavía se las aplican sin el instrumental de la epidemiología, como si la epidemiología no tuviera nada que decir a los planificadores de las escuelas de Carlos Matus o Mario Testa*. Pero no es suficiente que el salubrista se aproxime al actor socio-biológico para comprenderlo, sino que también comprenda que el actor sociobiológico debe lograr su constitución en cuanto tal durante la propia interrelación. Este último requerimiento es abordado por *Ayres*,²⁹ quien a su vez recomienda una aproximación regida por el concepto *cuidado* para alcanzar aquello que él denomina *logro práctico* en contraposición al *éxito técnico* que aparece como unilateral e incompleto, mientras que *Testa* nos habla de la necesidad de una aproximación amorosa. En otras palabras, la Salud Colectiva o Salud Pública Alternativa estaría buscando que *aquel camino trágico por el que la humanidad, -del que nos habla Madel Luz- en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adiós, se vuelvan ahora a encontrar*.¹¹

Ante la complejidad de la acción-conocimiento por parte del salubrista es fundamental, entonces recurrir a aquella doble hermenéutica que nos habla *Mario Testa*, comenzando por una hermenéutica 0 (cero)

centrada en el lenguaje para luego pasar a un hermenéutica 1 (uno) donde las distintas lógicas científicas dan buena cuenta de los requerimientos del conocer-hacer. En otras palabras, parece que Salud Pública Alternativa nos está enseñando que no es posible supeditar todo el conocimiento de la compleja problemática a modelos explicativos matemáticos sino que es fundamental su simbiosis con modelos comprensivos que posibiliten la recuperación de lo humano ante su naturalización llevada a cabo por los discursos de la medicina y de la salud pública tradicional, o la supresión del sujeto individual y social ante la necesidad de supeditarlos a la supuesta verdad de ciertos discursos científicos sociales y políticos sustentados por algunas versiones de la Epidemiología Crítica, como aquella en la que participé en su desarrollo cuando laboré en la década de los años 80 en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS de Ecuador.³⁰

La propuesta de la epidemiología de los *modos de vida*, los *modelos de fragilización* y la *etnoepidemiología* que presenta Naomar Almeida en *La Ciencia Tímida*, posibilitaría a la Salud Pública Alternativa interpretar la enfermedad en la población como un proceso *histórico, complejo, fragmentado, conflictivo, dependiente, ambiguo e incierto*, conforme propone el autor, permitiendo al mismo tiempo la proyección de una acción más previsional que predictiva.

En este campo, la Salud Pública Alternativa también nos está llevando a pensar que es fundamental superar las formas de validación reductoras que *atribuye la realidad fundamental y la eficacia causal al mundo de las matemáticas, identificado como el reino de los cuerpos materiales que se mueven en el espacio y en el tiempo*,³¹ que entrega, como dice Ayres, un inmenso peso al ser de los objetos y a la trascendencia del conocimiento, negando al mismo tiempo el ser del hombre y la trascendencia del mundo. Propondríamos, conforme sustenta el autor, que la *verdad* y pertinencia del quehacer de la salud pública sea juzgada en base a la *configuración de proyectos sociales para el conocimiento y transformación de la realidad que se construyen y se transmiten intersubjetivamente en forma de normas que logran tornarse válidas para el conjunto de la sociedad*.⁸

La Salud Pública Alternativa que se intenta desarrollar, requiere transformaciones en el ámbito de la formación del personal. La formación del salubrista adecuado para la metáfora de la *enfermología pública* se relacionaba con una imagen del salubrista *interventor técnico-normativo*, mientras que en el momento actual, reclama, como hemos dicho, un *sujeto intérprete-mediador*, es decir: intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y, mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Con el primer punto la formación del salubrista intentaría dar cuenta de aquel descuido de la salud pública por la salud y aportaría elementos filosóficos, teóricos, metódicos y técnicos para la interpretación de la salud pero, al mismo tiempo, estaría reconociendo la necesidad de apoyar la comprensión por parte de los estudiantes de que una fuerza fundamental para la producción de la salud para controlar socialmente el ejercicio económico, técnico y político del sistema se encuentra en la propia forja de los públicos por la salud.

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

Con la segunda característica la formación del profesional intentaría dar una respuesta diferente ante cambios que vivimos, esto es: establecer como eje la vida y el accionar poblacional para entender y movilizar los conocimientos científicos y no científicos existentes, viabilizar las fuerzas políticas, y encaminar los recursos necesarios para el mejoramiento de la salud y vida poblacional. Esta acción mediadora obliga, por otro lado, a las instituciones formadoras de salubristas a mantener una posición ética de defensa de la vida, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía. Requiere, también, adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer y actuar, y sobre el uso de ciencia y la tecnología.

¿Qué es la Salud Colectiva, Hoy?

Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho definen la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud³² ...la Salud Colectiva se consolida como campo científico en el ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras.

No creo que exista discusión alrededor de esta definición. Todos los participantes en este panel posiblemente están de acuerdo. El desafío que tenemos a nivel de nuestros países es, como había indicado al inicio, trascender la teoría y práctica convencional de la salud pública con miras a *desarrollar las mejores ideas y acciones para apoyar la forja de una salud pública que pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el mejoramiento y cuidado de los niveles de salud de la población*. Cuando intentamos cumplir con este encargo, es cuando los frutos, maduros unos, tiernos otros, y en gestación algunos, pertenecientes al árbol de la Salud Colectiva alimentan y dinamizan la empresa.

La Salud Colectiva como campo de conocimiento en constante desarrollo constituye en primer lugar, punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones. Al referirme a la ampliación de la visión hablo de esa necesidad de ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad.

Pero el reto de criticar, conservar y superar la salud pública convencional, no solo radica en la potencialidad de ampliar los horizontes de visión sino al mismo tiempo cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico hacia el compromiso por alcanzar *logro práctico*, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda *Testa* de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación, comprendiendo además que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico que trae la Salud Colectiva, y al hacerlo, ejercen su poder y derecho en cuanto a la ciudadanía. Para ello, entonces la hermenéutica doble es fundamental, al igual que el aporte de la experiencia vivida por la

milicancia sociopolítica de la Salud Colectiva.

Además de preocuparse por reconceptualizar y cambiar la interacción interventora técnico-normativa en el campo de la *enfermología pública*, la Salud Pública Alternativa tiene necesariamente que establecer una proyección y relación distinta con las políticas, estructuras e instituciones existentes en el campo con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad. Ahora bien, esto no puede ser alcanzado mediante versiones interventoras de viejo o nuevo cuño, sino por medio de la construcción de espacios públicos que protegen y desarrollan sus instituciones y controlan el cumplimiento de las obligaciones estatales en salud. Nuevamente las experiencias vividas por gerentes y gobernantes procedentes de la Medicina Social latinoamericana y de la Salud Colectiva son indispensables.

El intento de emigrar desde la enfermología pública hacia una propuesta alternativa en salud pública constituye un proceso complejo para la Universidad Nacional de Loja al igual que para cualquier “actor” que quiera enfrentar este reto con responsabilidad. En el ámbito disciplinario, la imbricación de la planificación y la gestión con la epidemiología constituye posiblemente el problema metodológico más complejo, sobre el que ya brillan algunas luces mediante las propuestas de síntesis producidas en esta área. El diálogo entre las ciencias de la salud dominadas por el discurso médico y de la enfermedad y el discurso de las ciencias sociales ha avanzado, pero debe seguir adelante superando los múltiples problemas, como por ejemplo, aquellos apuntados por *M C Minayo* y otros.³³ La ampliación y complejización del campo también asusta a muchos y causa reacción negativa en otros, en la medida que provenimos de un área tradicional de la salud pública donde la repetición de más de lo mismo constituye por lo general la norma. La formación de recursos humanos en este ámbito interdisciplinario choca contra la forma utilitarista y tecnicista de la educación anterior.

¿Qué es la Salud Colectiva, Hoy? Pues, es ante todo, creo yo, un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado la salud pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia crea “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos.

Summary

The article begins with the analysis of the advances and restrictions in the field of public health; later it deals with the debate on community health. It is recognized that public health care prevailing in Ecuador and in Latin America is based on a metaphor derived from the philosophical-theoretical assumption of

disease and death, the positivist method, the structural functionalism and the recognition to the state's power as a privileged force to assure the prevention of disease. These categories made it possible for health providers to behave as technical-normative interventors. Changes occurred in the last decades globalization compels public health care to find its new path by which it can understand and act upon health and life and not only upon disease, interpret population's culture and its forms of power exercise and give more strength to social action and to the new identities that fight for health. In this way, the health provided should play the role of interpreter-mediator of several proposals in the process of health construction. The improvement of the concept of conventional public health care lies in looking and interpreting the process of health-disease in a different way, that is, to see population's health within historical realities, its context matrix, its vital substantiation rather than seeing it as mere elimination of disease. It is also required to shift those practice only seeking technical success to the compromise of attaining practical achievements. In doing so, we should develop that quadruple movement of construction of sense, construction of meaning, constitution and determination that Mario Testa recommends. Being Community Health an articulate set of technical, ideological, political and economic practices, always open to incorporation of innovating proposals, it constitutes a high valuable source of reflection and advance of alternative public health.

Key words: Community health, Public health, Alternative health, Public health care services.

Referencias bibliográficas

1. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
2. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública. Washington D.C.: OPS/OMS; 1993.
3. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2001;18(2):83-100.
4. Virchow R. En: Rosen G. Da Policía Médica a Medicina Social. Rio de Janeiro: Editorial Graa; 1979.
5. Passos Nogueira R. Perspectivas da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda; 1994.
6. Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI; 1966.
7. Granda E. Sujeto, ética y salud. Salud Pública. Experiencias y Reflexiones. 1997;3:46-61.
8. Ayres JR. Epidemiologia e Emancipacao. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1995;p.67-85.
9. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1992.
10. Maturana H, Varela F. El árbol del conocimiento. 9na. ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.
11. Luz M. Natural, Racional, Social. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
12. Granda E. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. Saúde em Debate. 24(56):83-100.
13. Granda E. Salud pública: hacia la ampliación de la razón. En: La Medicina al final del milenio. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1995.
14. Almeida-Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75:5-30.
15. Castiel D. O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano. Campinas: Papirus; 1994.

¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*

16. Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
17. Canguilhem G. Ideología y racionalidade nas ciencias da vida. Liboa: Edicoes. 1974; 70.
18. Echeverría R. El búho de Minerva. 3ra. ed. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1997.
19. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
20. Von G. Distinguishing de Observer-<http://www.oikos.org/vonobserv>. Htm, 1999.
21. Giddens A. Central problems in social theory. Berkeley. University of California Press; 1979.
22. González M. Educación, universidad y postmodernidad. Poligrafiados de la UNL, Loja, 1999.
23. Giddens A. New Rules of Sociological Method' 2nd ed. Stanford: Stanfor University Press, 1984.
24. Marx C. El Dieciocho Brumario. México: Editorial Cartago; 1972.
25. OPS/OMS. Las funciones esenciales de la Salud Pública. Washington: OPS/OMS; 2002.
26. Testa M. Saber en Salud: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.
27. Zemelman H. Los horizontes de la razón (t 1). México: Antropos; 1992.
28. Castiel D. O Buraco e o Avestruz: A singularidade de adoecer humano. Campinas: Papirus; 1989.
29. Ayres JR. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista Nacional de Salud Pública. 2002;20(2):7:67-82.
30. Granda E, Breilh Jaime. Saúde na sociedade (segunda edicao brasileira. Sao Paulo: ABRASCAM; 1989.
31. Burt E A. (org). The English Philosophers from Bacon to Mill. Mencionado por Ayres J R. Epidemiología e Emancipacao. Op. Cit. p.74.
32. Silva Paim J, Almeida Filho N. A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador de Bahia: ISC-UFBA, 2000.
33. Minayo MC et al. Posibilidades e dificuldades nas relacoes entre ciencias sociais e epidemiologia. Ciencia e Saude Coletiva. 8(1): 97-107.

Recibido: 20 de octubre de 2003. Aprobado: 22 de diciembre de 2003.

Edmundo Granda. Universidad Nacional de Loja.

*** Presentado en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Brasilia; 29 de julio al 2 de agosto de 2003.**

**** Nietzsche, Wiener Von Glaserfeld, McCulloch, Von Foerster, Maturana, Heidegger Varela, Echeverría, Foucault. Habermas y muchos otros elaboraron propuestas epistemológicas y ontológicas distintas que ofrecen alternativas interesantes para tratar esta problemática.**

***** Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS ha apoyado grandemente el tratamiento de este tema. El que escribe, también ha realizado un módico aporte en el artículo El Sujeto, la Ética y la Salud.**

¹ **Profesor de la Universidad Nacional de Loja y Profesional Nacional de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de Salud-Ecuador.**

Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa

Margarita Bernales, PhD,⁽¹⁾ Báltica Cabieses, PhD,⁽¹⁾ Ana María McIntyre, MSc,⁽¹⁾ Macarena Chepo, MSc,⁽¹⁾ Javiera Flaño, PhD,⁽¹⁾ Alexandra Obach, PhD,⁽¹⁾

Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A.
Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa.
Salud Publica Mex. 2018;60:566-578.
<https://doi.org/10.21149/9033>

Resumen

Objetivo. Explorar los determinantes sociales de la salud (DSS) de niños migrantes, a partir de las percepciones de cuidadores y trabajadores/autoridades de salud en las zonas más densas de población migrante en Chile. **Material y métodos.** Se realizó un análisis de datos secundario de un estudio realizado entre los años 2014 y 2017 desde un paradigma cualitativo de investigación. El estudio original incluyó entrevistas semiestructuradas y grupos focales. El análisis temático secundario de datos contempló todos los temas emergentes referidos a niños migrantes y condiciones de vida, incluyendo utilización de servicios de salud. **Resultados.** Los DDS fueron agrupados de acuerdo con el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, el cual permite reflexionar en torno a las condiciones de vida de niños migrantes y su situación de salud. **Conclusión.** Esta investigación muestra el impacto de los DSS en salud de niños migrantes en Chile, resaltando temáticas relevantes en torno a este grupo.

Palabras clave: niños; migrantes; salud; Chile

Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A.
Social determinants of the health of international migrant children in Chile: qualitative evidence.
Salud Publica Mex. 2018;60:566-578.
<https://doi.org/10.21149/9033>

Abstract

Objective. To explore the social determinants of health (SDH) of international migrant children, from the perceptions of caregivers, health workers and local authorities in eight municipalities in Chile. **Materials and methods.** A secondary analysis of data was conducted from a qualitative study that took place between 2014 and 2017. The original study involved semi-structured interviews and focus groups. The secondary thematic analysis of data included all emerging issues related to international migrant children and their living conditions, including use of health services. **Results.** Findings were grouped according to the model of social determinants of health, which allow a reflection on living conditions of international migrant children and their health situation. **Conclusion.** This research shows the impact of SDH on international migrant children in Chile, highlighting relevant issues around this group.

Keywords: children; immigrants; health; Chile

(1) Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

La migración internacional es un fenómeno creciente a nivel mundial. En 2015 se reportaron 244 millones de migrantes internacionales, 41% más que en el año 2000.¹ Se ha estimado que 37 millones de estos migrantes son menores de 20 años.² En Chile, resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), para el año 2015, estiman que la población menor de 18 años de edad alcanzó un total de 76.814 (1.76% de la población).³ Respecto a la salud y bienestar de este grupo, se ha encontrado que proporcionalmente los niños migrantes, en comparación con los niños chilenos, presentan mayores índices de pobreza, mayor deserción escolar y que un mayor porcentaje de ellos no tiene previsión de salud.⁴

La condición migratoria se asocia con vulnerabilidad social^{1,2,5-8} y variables migratorias específicas, las cuales han sido reconocidas como determinantes sociales de la salud.⁹ Se denominan determinantes sociales de la salud (DSS) a aquellas dimensiones en las cuales las personas viven, trabajan o estudian, y que pueden afectar la salud.⁶ Los DSS incluyen aspectos macroeconómicos como políticas y cultura, variables intermedias que se relacionan con estatus social en una población, y aspectos de corte individual, como estilos de vida, predisposición genética y condiciones habitacionales.¹⁰ El sistema de salud de un país es también un determinante social de la salud, en tanto oportunidades de acceso y uso efectivo de prestaciones en forma diferenciada según estatus socioeconómico.^{9,11}

Los niños migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, como falta de acceso a atención médica y a servicios sociales, exposición a barrios inseguros o a contaminantes.⁹ El último reporte de niñez de las Naciones Unidas de 2016 entrega información crítica acerca de la importancia de nacer y crecer en un espacio familiar, comunitario y sociocultural estable.^{5,6,12,13}

Existe preocupación mundial acerca de la migración de niños.^{14,15} Muchos de los estudios cualitativos en materia de salud de niños migrantes buscan comprender el proceso de toma de decisiones^{16,17} o acompañamiento a familias de migrantes cuyos hijos experimentan alguna enfermedad severa, como cáncer.¹⁸ Otros estudian diferencias culturales de estilos de vida y decisiones de consulta de salud, por ejemplo, lactancia materna,¹⁹ prevención de obesidad infantil,²⁰ uso de Papanicolaou²¹ y percepciones de barreras de acceso a salud.^{22,23} Otra línea de estudio cualitativo investiga procesos sociales de aculturación,^{24,25} asimilación, estigma y discriminación,²⁶ estrés,²⁷ participación en salud,²⁸ construcción de identidad,²⁹ capital social^{30,31} y consecuencias en salud de adultos y niños migrantes.³² Adicionalmente, se ha explorado competencia cultural e intercultural en salud.^{33,34}

Desde la mirada de DSS, los niños migrantes experimentan vulnerabilidad en al menos tres niveles: por ser migrantes, por vivir en condiciones socioeconómicas de riesgo y por ser niños. Este estudio corresponde a un análisis secundario de datos cuya pregunta de investigación fue ¿Cuál es la percepción de cuidadores, trabajadores de salud primaria y autoridades locales respecto a la salud, bienestar y condiciones de vida de los niños migrantes en Chile? El objetivo general de este estudio fue indagar en los DSS de niños migrantes en Chile a partir de las percepciones de sus cuidadores, de trabajadores de salud primaria y de autoridades locales de ocho comunas de Chile. El propósito es identificar factores de riesgo y dificultades específicas que permitan diseñar intervenciones adecuadas para mejorar el bienestar y salud de niños migrantes en Chile.

Material y métodos

Diseño de investigación

Esta investigación corresponde a un análisis secundario de datos,³⁵ que contempla la reutilización de datos cualitativos del proyecto Fondecyt 11130042 "Desarrollando inteligencia en salud pública para inmigrantes en Chile: un estudio multi-métodos" (Conicyt, Gobierno de Chile), realizado por los mismos autores entre los años 2014 y 2017, desde un paradigma constructivista de investigación.³⁶

El estudio original seleccionó la metodología de estudio de caso,³⁶ orientada a la búsqueda de descripción profunda de un caso, cuyo tema de estudio fue la experiencia de vida y su impacto en salud de los migrantes internacionales en Chile. El presente reporte corresponde a un análisis temático secundario de datos obtenidos en el estudio original; pretende responder a una nueva pregunta de investigación para los "viejos datos",³⁷ la cual se enfoca en caracterizar los DSS en niños migrantes internacionales en Chile. Los temas y la aproximación teórica del proyecto original son pertinentes con la nueva pregunta de investigación.³⁷

Procedimientos

El estudio original se desarrolló en ocho comunas que presentaban la mayor densidad de población migrante con índices marcados de vulnerabilidad social en Chile, según datos censales.³⁸ En cuadro I se presenta una descripción del fenómeno migratorio en cada una de estas comunas, de acuerdo con resultados obtenidos en el estudio original.

El estudio contempló los siguientes actores: a) población migrante mayor de 18 años, b) autoridades comunales y c) directores y funcionarios de la salud de

Cuadro I

CARACTERIZACIÓN DE OCHO COMUNAS EN TORNO A TEMÁTICA DE MIGRANTES INTERNACIONALES, DATOS EXTRAÍDOS DE HALLAZGOS PROYECTO FONDECYT 11130042 “DESARROLLANDO INTELIGENCIA EN SALUD PÚBLICA PARA INMIGRANTES EN CHILE: UN ESTUDIO MULTI-MÉTODOS” REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE, 2014-2017

Arica (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Comuna ubicada en la zona norte de Chile en el límite directo con Bolivia y Perú.
2. En la zona fronteriza se encuentran pasos habilitados (aduanas oficiales) y pasos irregulares por los cuales ingresa un alto número de migrantes internacionales en condiciones de alto riesgo.
3. Hay gran presencia de migrantes internacionales en toda la comuna, principalmente de países vecinos.
4. Alta presencia de población migrante translocal, entran y salen de Chile por periodos cortos.
5. Se presentan condiciones de vida riesgosas para salud física y mental de la población migrante en valles interiores de Arica, especialmente en aquellas zonas en que este grupo trabaja en modalidad “temporero”.
6. Problemas asociados con situaciones laborales irregulares de la población migrante, que conllevan dificultades de acceso a servicios de salud y educación por parte de este grupo.

Iquique (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Iquique ha sido históricamente una zona con alta presencia de grupos migrantes internacionales en Chile, incluyendo diversas nacionalidades de origen.
2. Hay alto número de requerimientos de interconsulta de salud mental en Iquique por parte de la población migrante, los cuales sobrepasan las posibilidades del sistema de salud de responder.
3. Se perciben algunas resistencias a nivel de comunidad chilena ante la presencia de la comunidad migrante.
4. Comunidad colombiana es localmente percibida como especialmente conflictiva por parte de la población local.

Antofagasta (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Antofagasta es una de las comunas de la zona norte en Chile que ha recibido un número importante de migrantes colombianos.
2. Las autoridades manifiestan problemas de salud asociados con aspectos psicosociales, delincuencia, tráfico de sustancias y presencia de sicarios en el grupo de migrantes internacionales habitantes de esta zona.
3. Facilitadores interculturales perciben dificultades para llevar a cabo sus labores de manera eficaz.
4. Se percibe alto rechazo de la población local frente a la presencia de grupos migrantes; en esta comuna se organizó una marcha oficial “antimigración”.

Calama (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Calama es una zona de alta densidad de población migrante.
2. Entre las dificultades mencionadas por las autoridades se encuentra la dispersión geográfica de la población migrante en la zona, además del desconocimiento de estadísticas actualizadas respecto del número oficial de migrantes.
3. Se reconocen dificultades por parte de autoridad local para conocer el total de la población migrante que consulta en los centros de salud, así como sus características socio-demográficas y problemas de salud relevantes, dado que este registro se vincula a tener regularizada la situación migratoria. Este problema representa una barrera al momento de realizar diagnósticos de necesidades e implementación de programas de salud priorizados.
4. Se plantea como problemático otorgar acceso a la salud a migrantes en situación irregular.

Recoleta (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. Recoleta es una de las zonas con mayor presencia de migrantes en la zona central de Chile.
2. Se percibe la relevancia del trabajo intersectorial como una herramienta para mejorar las condiciones de vida y de salud de migrantes internacionales.
3. Algunos problemas de comunicación con migrantes (lingüísticos) pueden afectar atención de salud, especialmente con comunidad haitiana y más aún cuando se trata de atenciones de urgencia.
4. Patología de migrantes haitianos es percibida como grave, presenta altos índices de VIH positivo y tiene algunas patologías que son nuevas en Chile, como por ejemplo la anemia falciforme.

Independencia (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. La habitabilidad de la población migrante en Independencia es precaria. Se describen escenarios de hacinamiento.
2. Existe tensión con la incorporación de la comunidad migrante a la población en general. Se describen situaciones de estigma y prejuicio, en particular con el pueblo peruano, al cual definen como demandante. La incorporación de población migrante, por otro lado, se traduciría a ojos de los chilenos como una amenaza a la distribución de recursos.
3. El trato, tanto en la población en general como en los centros de salud, muchas veces es descrito como discriminatorio, lo que determinaría el bienestar de la población migrante.
4. Una preocupación descrita por el equipo de salud es la presencia de conductas sexuales de riesgo en algunos grupos de migrantes, sumado al ingreso tardío de embarazo, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias en esta línea de prevención.

Santiago (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. Importante presencia de comunidad venezolana y haitiana, cada una con sus temáticas propias, muy diferentes entre sí.
2. Presencia de barreras lingüísticas importantes con la comunidad haitiana impiden una mejor integración a la comunidad.
3. Condiciones de vida riesgosas para salud física y mental en comunidad haitiana.
4. Percepción de que Chile no estaba preparado a nivel de instituciones (salud, educación) para recibir a numerosos migrantes, lo cual ha dejado sin atención oportuna a dicha comunidad.
5. Percepción de la relevancia del trabajo intersectorial como una herramienta para ir derribando todas las barreras existentes y así mejorar el acceso y uso de servicios básicos.

Maipú (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. Maipú es una comuna en la que el arribo de la comunidad migrante es reciente e incipiente, por lo cual las autoridades locales no han generado estrategias específicas para esta población.
2. La población migrante se encuentra espacialmente muy distribuida en la comuna de Maipú, no es fácil ubicarlos y saber dónde se encuentran, lo cual dificulta el trabajo con esta comunidad.
3. Existen algunas problemáticas asociadas con el acceso de la comunidad migrante al sistema de salud formal, sobre todo en los casos en que no cuentan con número de cédula de identidad.
4. Los funcionarios de salud y de recintos educacionales manifiestan que no han recibido capacitaciones que los oriente en el trabajo con población migrante, tanto en aspectos administrativos como en trato.

centros de atención primaria de salud. Todo el material recolectado en la investigación original fue analizado para el presente estudio, contemplando como temáticas principales las condiciones de vida (DSS) de niños migrantes y el impacto en su salud. La guía de análisis temático se organizó en diferentes segmentos, atendiendo a la pregunta de investigación y objetivo general del análisis secundario.

Participantes

Los criterios de inclusión del estudio original fueron ser mayor de 18 años y voluntariedad, confirmada a través de firma de consentimiento informado. El número final de entrevistas del estudio original contempló criterios de saturación de información en torno a los objetivos propuestos,³⁹ momento definido cuando el material cualitativo recolectado dejó de aportar nuevos datos para la comprensión del fenómeno en estudio. El cuadro II describe a los participantes del estudio original.

Análisis

Se realizó un análisis secundario de datos de tipo suplementario a partir de las transcripciones de audio del estudio original,³⁵ lo que corresponde a un análisis en torno a una temática emergente, diferente al foco del análisis temático realizado en el estudio original.⁴⁰ Los datos y temas fueron seleccionados para lograr un ajuste entre los datos primarios y la pregunta de la investigación secundaria. Se utilizó software NVivo 10 de acuerdo con categorías de interés del estudio y con la nueva pregunta de investigación. En el cuadro III se presentan preguntas directrices y códigos emergentes del estudio original, con lo que queda manifestado que las preguntas no estuvieron focalizadas en infancia y migración, aunque muchas de ellas evocaron la reflexión en torno a esta temática por parte de los participantes.

Cabe destacar que no todos los participantes del estudio original hicieron mención a los temas que fueron foco de este estudio –niños migrantes– ya sea por tratarse

Cuadro II

PARTICIPANTES FASE CUALITATIVA DEL PROYECTO FONDECYT 11130042 “DESARROLLANDO INTELIGENCIA EN SALUD PÚBLICA PARA MIGRANTES EN CHILE: UN ESTUDIO MULTIMÉTODOS”, REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE, 2014-2017

Etapas inicial de recolección de datos: 2014-2015

<i>Participantes 2014-2015</i> <i>Total: 225</i>	<i>Información sociodemográfica</i>
Autoridades locales 16 (14 entrevistas individuales) (1 entrevista bipersonal)	Sexo: 9 mujeres, 5 hombres Rango de Edad: 28-58; promedio: 43.86 años Sexo: 2 mujeres Edades: 46- 47; promedio: 46.50 años
Directores de centros de salud 17 (15 entrevistas individuales) (1 entrevista bipersonal)	Sexo: 11 mujeres, 4 hombres Rango de edad: 27-64; promedio: 47.60 años Sexo: 2 mujeres Edades: 35-39; promedio 37.50 años
Trabajadores de salud 69 (8 grupos focales)	Sexo: 58 mujeres, 11 hombres Rango de edad: 26-67; promedio: 39.01 años
Expertos 3 (3 entrevistas individuales)	Sexo: 3 hombres Rango de edad: 37-51; promedio: 42.33 años
Migrantes; total: 120 (65 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y 8 grupos focales)	Sexo: 80 mujeres, 40 hombres Rango de edad: 19-69; promedio: 36-29 años Nacionalidad: 46 peruanos, 27 colombianos, 20 ecuatorianos, 14 bolivianos, 11 dominicanos, 2 haitianos

Etapas confirmación de datos: 2016

<i>Participantes Confirmación Hallazgos</i> <i>Total: 31</i>	<i>Información sociodemográfica</i>
Autoridades locales: 13 (9 entrevistas individuales y 2 entrevistas bipersonales)	Sexo: 7 mujeres, 6 hombres Rango de edad: 24-59; promedio: 39.77 años
Directores de centros de salud: 4 (4 entrevistas individuales)	Sexo: 2 mujeres, 2 hombres Rango de edad: 28-64; promedio: 47.25 años
Funcionarios o trabajadores de centros de salud primaria: 8 (1 grupo focal)	Sexo: 2 mujeres, 6 hombres Rango de edad: 30-57; promedio: 45.11 años
Migrantes internacionales: 6 (4 entrevistas individuales y 1 entrevista bipersonal)	Sexo: 3 mujeres, 3 hombres Rango de edad: 24-53; promedio: 34.83 años

Cuadro III

PREGUNTAS DIRECTRICES INCLUIDAS EN LAS GUÍAS DE ENTREVISTA Y GRUPO FOCAL DEL PROYECTO FONDECYT 11130042 “DESARROLLANDO INTELIGENCIA EN SALUD PÚBLICA PARA MIGRANTES EN CHILE: UN ESTUDIO MULTIMÉTODOS”, REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE 2014-2017

Dimensión de interés	Categoría	Pregunta directriz
Determinantes sociales	Condiciones de vida de la comuna	¿Podría usted describir su comuna? Sus habitantes, fuentes de producción económica, capital humano, recursos disponibles, necesidades, fortalezas, etc. ¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas sociales de su comuna? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
	Salud de habitantes de la comuna	¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas de salud de los habitantes de su comuna? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
	Migrantes internacionales en la comuna	¿Cómo son los inmigrantes que residen en su comuna? Características demográficas, condiciones socioeconómicas y materiales, trabajo, familia, situación de migración, etc.
	Salud de migrantes internacionales en la comuna	¿Cómo calificaría usted la salud de la población inmigrante en su comuna? ¿Cuáles son los principales problemas sociales y de salud de esta población? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
La condición de migrante internacional	Vivencias de enfermar	¿Qué hacen los inmigrantes de su comuna cuando están enfermos? ¿Qué hacen los inmigrantes de su comuna para aliviar sus síntomas o sentirse mejor? ¿Cómo le afecta a un inmigrante de su comuna el estar enfermo?
	Vivencia de enfermar en condición de vulnerabilidad social	¿Cómo afecta la salud de los inmigrantes las siguientes situaciones: (a) estar indocumentado, (b) ser mujer inmigrante, (c) ser un niño inmigrante, (d) vivir en situación de vulnerabilidad socioeconómica?
	Estrategias de solución ante problemas de salud	¿A quién consulta un inmigrante por sus problemas de salud?
	Desafíos pendientes	¿Cuáles son los desafíos pendientes en su comuna para mejorar la salud de la población inmigrante?
Acceso y uso de servicios de salud	Uso habitual de servicios de salud	¿Cuáles son los grupos de la población que más se atienden en este centro de salud? ¿Por qué piensa que esto es así?
	Nivel primario de atención	¿De qué forma este centro de salud se ha adaptado para responder a las necesidades específicas de la población inmigrante que reside en esta comuna? ¿Cómo se han evaluado estos cambios? ¿Podría describirme el proceso para tomar una hora en el centro de salud? ¿Son procesos diferentes para la población chilena y la inmigrante? ¿De qué forma? ¿Cómo estas diferencias podrían afectar la salud de los inmigrantes?
	Relación entre servicios de salud y migrantes internacionales	¿Cómo describiría la relación entre los inmigrantes y los centros de salud de su comuna? ¿Por qué?
	Desafíos pendientes	¿Cuáles son los desafíos pendientes en los centros de salud de su comuna para mejorar la salud de la población inmigrante?

de personas migrantes sin hijos o familiares menores de edad o profesionales de la salud que no habían tenido experiencia con niños migrantes. Por esta razón, si bien se analizaron todas las transcripciones de entrevistas y grupos focales, aproximadamente 60% de los recursos del estudio original entregaron información atinente a este análisis, por lo que no lograron saturación de información en todos los subtemas expuestos ni en todos los niveles del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. De esta manera, los resultados de este análisis secundario corresponden a hallazgos exploratorios preliminares que deben ser profundizados en futuras investigaciones.

Criterios de rigurosidad científica

En investigación cualitativa es especialmente importante ser explícito acerca de los criterios de rigurosidad empleados para asegurar la credibilidad y confiabilidad de

los hallazgos.⁴¹ La credibilidad ocurre cuando múltiples realidades reveladas por los participantes están representadas tan adecuadamente como sea posible en los hallazgos, y que quienes viven la experiencia se reconocen en la descripción e interpretación de los mismos. Por otro lado, la confiabilidad se define como la consideración de la variabilidad de los fenómenos estudiados, incluyendo la adaptación de estrategias de reclutamiento y de recolección de datos de manera flexible y acorde con la realidad estudiada. Para garantizar la credibilidad y confiabilidad en el estudio original, se consideraron cinco criterios de rigurosidad:⁴² a) triangulación, b) revisión de pares, c) *audit trail* (auditoría), d) *reflexivity* (reflexión), y e) validación de participantes.

Respecto a los criterios de rigurosidad de este análisis secundario, se realizó una reflexión teórica en torno a la pertinencia teórica y metodológica del estudio original para responder a la nueva pregunta de investigación.³⁷

Consideraciones éticas

El proyecto original (Fondecyt 11130042) fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo y por el Comité de Ética de Fondecyt, Comisión Nacional de Investigación, Ciencia y Tecnología del Gobierno de Chile. Dado que fue el mismo equipo de investigación el que recolectó los datos y realizó el análisis secundario, y a que existe pertinencia teórica entre el estudio original y el nuevo análisis, no se requirió una nueva aprobación por parte del Comité de Ética.³⁷

Resultados

De acuerdo con el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud es posible establecer que los niños migrantes en Chile presentan desafíos en distintos niveles (figura 1). En relación con el nivel macro de contexto socioeconómico y político, los resultados de este estudio permiten establecer que existirían algunos problemas que emergen desde las políticas sociales en Chile en torno a la acogida de la población migrante y algunos desafíos que emergen de la cultura, normas y valores sociales del encuentro entre la población local y la migrante.

Respecto del nivel macro de DSS de políticas sociales, surgen desde los participantes temáticas tales como la situación de “niños transeúntes”, la cual deja entrever la percepción de algunos vacíos en torno a la política migratoria chilena respecto de la infancia. Los llamados “niños transeúntes” son niños nacidos en Chile, hijos de padres inmigrantes en situación irregular y sin RUT (cédula de identidad chilena). Un testimonio señala:

Estresándome, claro, me estreso mucho al ver que no me dan soluciones. A mi hija me la han discriminado aquí, yo he ido a la gobernación y me dicen: su hija nunca va a ser chilena, ¡nunca! y yo: ¿pero por qué si ella nació aquí?, y uno es de donde nace, ¿no? y pues yo ya voy a averiguar más porque yo no quiero que eso quede así (entrevista 61: Iquique 2014; mujer, 24 años, migrante de Colombia)

Una de las principales consecuencias asociadas con el estado de *niño transeúnte* es que se dificulta el acceso formal en la educación escolar chilena. Existe una constante inquietud de *educar a sus niños en Chile* en igualdad de condiciones que la población infantil local. Experiencias de discriminación escolar y el no tener RUT o visa permanente para ser matriculados formalmente en los colegios fueron tópicos relevantes que emergieron en los grupos focales realizados con grupos de migrantes internacionales.

En relación con cultura, normas y valores sociales propios de la comunidad migrante y que se “encuen-

tran” con la cultura local, emergen temáticas tales como estilos de crianza, valores familiares asociados con el sacrificio, el surgimiento de familias multinacionales y la necesidad de envío de remesas a sus países de origen, lo cual debilita el presupuesto familiar, fenómeno común en la comunidad migrante.

La población local percibe que los niños migrantes internacionales son criados en un *estilo parental* jerárquico y autoritario, que afectaría la manera de expresar emociones y de comportarse de estos niños. Una participante relacionada con la comunidad colombiana explica:

Tení que pensar que acá los niños juegan; hasta los 10 o 12 años los niños juegan. Allá a los 5 años ya te lavan la ropa interior porque no dejan que nadie les vea su ropa sucia: el niño entra al baño, se baña todos los días y lava sus interiores; el niño a esa edad ya tiene que hacer su aseo, su cuarto; si le toca almorzar en casa ajena, él sabe que tiene que lavar platos en casa ajena porque el pan se lo tiene que ganar; es otro nivel cultural (entrevista 26: Antofagasta 2014; mujer, 36 años, contacto clave Colombia).

El concepto de *sacrificio* está muy presente en el relato de las familias migrantes: el sacrificio que implica vivir en otro país, dejando parte de la familia en el país de origen, y el sacrificio de tener que adaptarse a una nueva cultura y forma de ser. Este modo de entender la situación migratoria es “exigido” a todos los miembros de la familia, incluyendo a los niños, a quienes se les solicita “comprensión” en torno a este sacrificio familiar. En este contexto de sacrificio familiar, las *familias multi-nacionales* son familias que se han constituido con personas que se quedan en el país de origen y personas en Chile:

Hay historias muy tristes porque mamás llegan solitas acá... y dejan a sus niños chiquititos con el papá o la abuela; ¡hay historias bien tristes, bien fuertes!... Y ellas están acá para trabajar, para mandar [dinero] y, además, ojalá poderse traer a sus otros chicos o niños adolescentes. Hartas historias, hay hartas (entrevista 99: Independencia 2015, grupo focal APS).

Emerge con frecuencia la dura experiencia de *dejar al núcleo familiar*. Este un tema altamente sensible para los migrantes, reconocido por autoridades y trabajadores de la salud, ya que implica ejercer la maternidad a distancia, con todas sus complejidades y aspectos emocionales.

Vinculado con las *remesas*, surge como necesidad por parte de muchos migrantes el envío de dinero a sus países de origen para cubrir gastos de los hijos al cuidado de familiares o amigos:

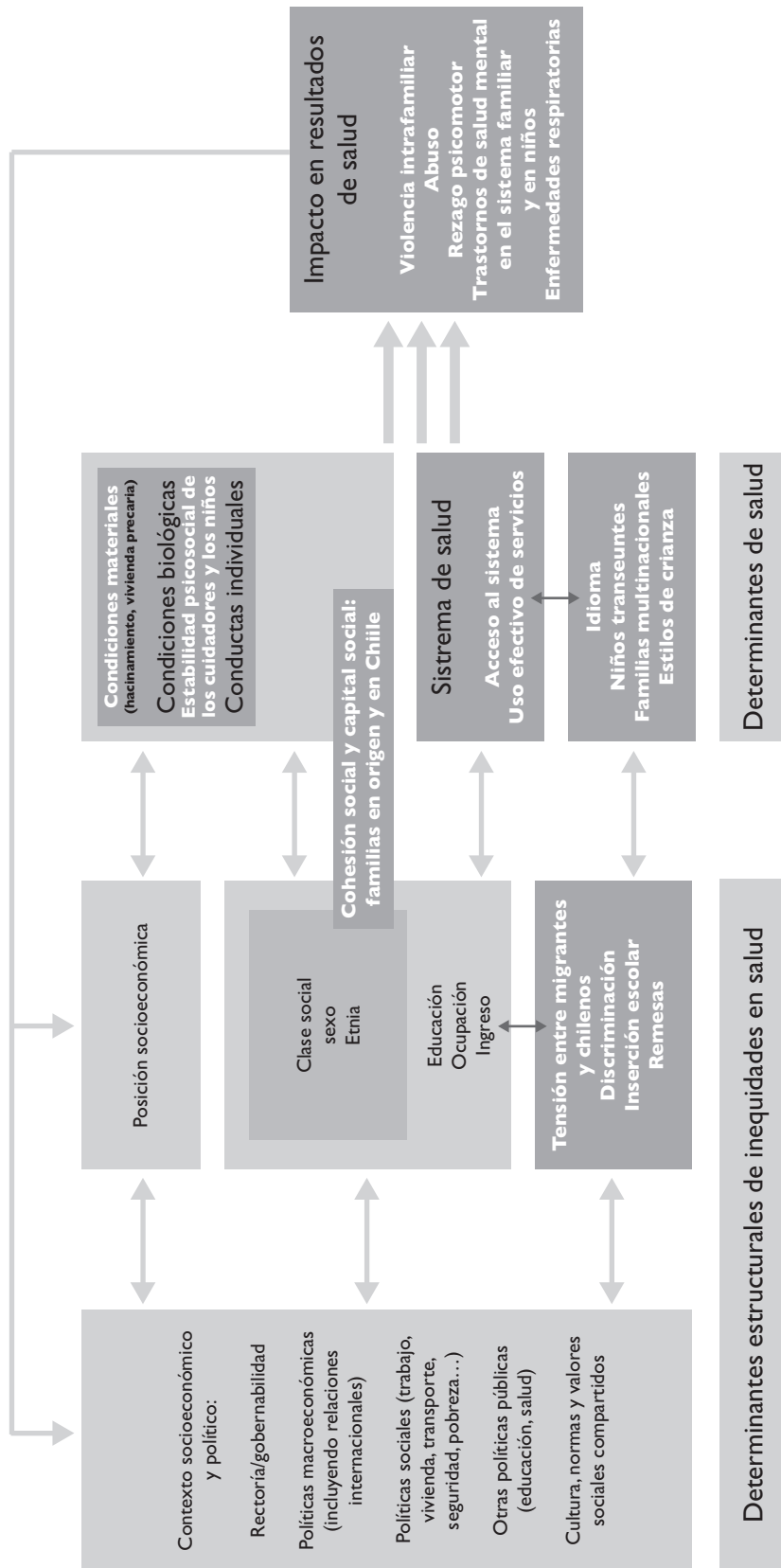


FIGURA 1. MAPA CONCEPTUAL DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DE ESTE ESTUDIO, A PARTIR DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COMPONENTES DESTACADOS EN GRIS EMERGIERON COMO HALLAZGOS DE ESTE ESTUDIO; OTROS COMPONENTES DEL MODELO SE MANTIENEN EN BLANCO. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE NIÑOS MIGRANTES INTERNACIONALES EN CHILE

También muchas mujeres vienen y dejan a sus hijos allá en su país; entonces, para que el dinero les alcance para poder mandar a Bolivia, tienen que vivir acá en lugares más vulnerables y hacinados ¿para qué? para rendir más el dinero, para poder enviar más y poder vivir algo acá (entrevista 53: Calama 2014, grupo focal APS).

En relación con el nivel intermedio de DSS, en particular *posición socioeconómica*, se destaca el tipo de ocupación asociado con el ingreso que recibe la población migrante, lo cual muchas veces sitúa a las familias en situación de pobreza, dando espacio a condiciones de hacinamiento y violencia.

Respecto a situaciones de *violencia*, éstas están presentes en los relatos, tanto al interior como al exterior de sus viviendas. Un director de centro de salud ha sido testigo de diversas experiencias al respecto:

Aquí a las ocho de la noche, cuando uno sale de la extensión horaria, acompañada, ojalá nadie solito, porque es otra realidad; usted ve en estos momentos, bonito, parque, juegos, tranquilo, pero se transforma en la noche ¿ya? Hemos tenido balacera, así como muy... así como muy periferia, que podríamos verlo en los consultorios más del área Sur (entrevista 81: Santiago 2015; 36 años, mujer, director de CESFAM).

La percepción de los trabajadores de la salud es que todas las condiciones sociales y de vida ya descritas afectan el desarrollo de los niños:

Si el niño no habla, pero mientras que camine, está bien.... Y hay un caso en particular que por ejemplo, no voy a dar nombres... es un caso que es bastante... y es familia boliviana. Y ellos tienen el lenguaje materno que es aymara, el segundo lenguaje es quechua y el tercero español. Entonces ya cuando nosotros tratamos de responderle no nos entiende nada (entrevista 109: Recoleta 2015, grupo focal APS).

El *hacinamiento* y problemas de higiene generan riesgo sanitario, que es causa de enfermedades y accidentes en el hogar. En varios relatos de migrantes y autoridades se deja en evidencia el riesgo:

Allá donde vivo no hay nada de agua caliente, nada (...) pero hay un calentador de agua, con eso lo pones en una tina, y agua y ahí lo mezclas... Dicen que el agua fría hace mucho daño a los pulmones (entrevista 89: Maipú 2015, 30 años, hombre migrante de Ecuador).

En relación con el nivel de impacto de los resultados de salud desde el modelo de DSS, se destacan dos gran-

des aspectos: la estabilidad psicosocial y emocional de los cuidadores de los niños y el acceso y uso del sistema de salud. Respecto a la *salud y bienestar emocional*, son frecuentes problemas del ánimo:

Yo llegué sola... no sé porque yo la verdad nunca había salido de Bolivia. Y allá la vida es... como para ustedes que son chilenos acá la vida es más tranquila (...) Al principio... sí la depresión... acá uno al principio no tiene voz ni voto, no puede hablar (entrevista 77: Calama 2014; mujer, 23 años, migrante de Bolivia).

La estabilidad emocional de los cuidadores es un fenómeno que repercute directamente en el bienestar de los niños migrantes, quienes ven a sus padres y cuidadores afectados por distintas situaciones, incluyendo su estabilidad laboral y la escasez de recursos.

En relación con el *acceso y uso de servicios de salud*, emergen algunas percepciones de descontento por parte de la población migrante, vinculada con el tipo de atención recibida, con el tipo de profesional que presta los servicios y con la rapidez de respuesta del sistema. El sistema de salud público en Chile se organiza en distintos niveles, y es siempre el nivel primario la puerta de entrada al sistema. En dicho nivel no hay presencia de especialistas, ya que es el médico de salud general quien debe realizar derivaciones en forma oportuna. Esta situación de ausencia de especialistas y de necesidad de derivación usualmente no es bien recibida por la población migrante.

Respecto de los problemas de salud experimentados por niños migrantes, surgen nuevamente algunos desencuentros culturales en relación con tratamientos y prontitud en la entrega de medicamentos específicos, lo cual genera diferencias de opinión entre los grupos de migrantes internacionales y parte de trabajadores de la salud. Sobre este último punto, incluso los parámetros de control de niño sano propios de la cultura chilena podrían aumentar estos desencuentros ya que, de acuerdo con la métrica utilizada por algunos trabajadores de la salud, no es infrecuente encontrar a niños migrantes que presenten índices de rezago psicomotor. En el cuadro IV se aprecia en mayor profundidad el análisis temático antes expuesto.

Todos los fenómenos antes expuestos impactan de manera directa e indirecta en la salud y el bienestar de la población de niños migrantes, lo que los convierte en desafíos concretos que las autoridades locales y centrales deben continuar estudiando para diseñar estrategias que permitan que los niños migrantes crezcan y se desarrollen de la mejor manera posible.

Cuadro IV

ANÁLISIS TEMÁTICO. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y VIÑETAS SEGÚN CATEGORIZACIÓN DE MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE, 2017

Temática: nivel macro de contexto socioeconómico y político

Subtemas y viñetas:

1. Políticas sociales en Chile, marco regulatorio en torno a población migrante internacional.

“Niños transeúntes”, concepto utilizado por los participantes para referirse a niños nacidos de padres inmigrantes que no cuentan con la regularización de sus documentos de estadía en Chile.

Los niños con rut provisorio pueden terminar el año escolar en diciembre pero no quedan registrado en ningún sistema oficial...la profesora o el profesor va a tener su libro de clases, pueden hacer un certificado interno, pero es complejo porque hasta hace muy poco tiempo a los niños no los dejaban pasar de curso... entonces habiendo aprobado el año tenían que repetir otra vez tercero básico.... hoy les permiten pasar [de nivel] pero no hay ningún documento que lo pruebe (entrevista 35:Antofagasta 2014; hombre, 37 años, autoridad).

Inserción escolar, ausencia de estrategias de integración

Y él fue el que más sufrió porque los niños lo hacían a un lado... Entonces ahí decía: mami yo me quiero ir pa' Colombia porque no tengo amiguitos, nadie quiere jugar conmigo... él era un niño que estaba acostumbrado a compartir con otros niños y cuando llego acá es como si nunca hubiera estado en grupos de niños, como su hubiera sido su primera vez en un aula de clases, entonces con ellos el tema fue muy complicado.... ellos llegaban y me ponía a llorar con ellos... (entrevista 36:Antofagasta 2014; mujer, 32 años, migrante de Colombia).

2. Cultura, normas y valores sociales

Estilos de crianza

Los niños en Colombia y los que viven acá, lo mejor si me puedes entender, su nivel como de acorazamiento es en los ojos y en el pecho. Cuando tú les llamas la atención se ponen como tiosos, como que inmediatamente se arman así como una onda militar y tiene que ver con un tema de represión. Lo otro, no lloran. Y no lloran no porque no les guste llorar, no lloran porque desde niños se les prohíbe llorar, porque si te están llamando la atención o si te llegan un par de correazos es porque tú actuaste mal entonces te toca portarte bien para que eso no ocurra y te toca no llorar (entrevista 26:Antofagasta 2014; mujer, 36 años, contacto clave Colombia).

Valores sociales asociados con el sacrificio

A veces yo le digo a mi hija la mayor, le digo: “Hija, si yo me hubiera quedado en Tacna no hubiese podido comprar la casa ni tampoco ayudarte para que estudies la carrera, ahora vas a ser una futura profesional. Ya y ella me dice “si mamá (entrevista 30:Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Familias multinacionales, dejar parte de la familia “atrás”

Entonces las tres niñas que están en la universidad están allá. Así que nos dividimos, eso [es] duro sí. Claro que había veces en que yo me sentaba a pensar ¿no? Que los mejores años de vida de mis hijas y los míos, de compartir en familia me los he perdido, me los estoy perdiendo (entrevista 30:Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Remesas, necesidad de enviar dinero a países de origen

El extranjero trabaja porque de repente tiene familia allá y tiene que mandarle a su familia allá, tiene que tratar de sobrevivir acá y siempre como que tienes drama porque siempre tienes que mandar allá y mantenerte acá (entrevista 32:Antofagasta 2014; 32 años, mujer migrante de Colombia).

Temática: nivel intermedio de posición socioeconómica

Subtemas y viñetas:

1. Ocupación, asociado con el ingreso que recibe la población migrante, lo cual, en muchas ocasiones los sitúa en situación de pobreza.

Hacinamiento y violencia

Son 5 o 6 personas viviendo en una habitación. Cuando yo les digo, incluso cuando tienen violencia intrafamiliar (...), lo que pasa es que yo también peleo con mi esposo, pero cuando peleamos uno se va a la cocina y otro se va a la pieza... ellos no tienen opción y ahí es donde hay problemas de violencia (entrevista 25:Antofagasta 2014; grupo focal APS).

Con estos grupos que han llegado, los estilos de vida y toda esa parte cultural es diferente porque ellos ejercen violencia tanto psicológica como física, entonces hay VIF [violencia] en la familia, hay niños con problemas, o sea te llega un peruano y tú dices oh!... Las condiciones de hacinamiento en las que viven... principalmente en pediatría y tú sabes que los niños tienen problemas de algún tipo de desarrollo psicomotor, puede ser el lenguaje, puede ser motor, etc ... En una pieza vive un matrimonio y tienen tres niños y con suerte hay dos camas... prestamos la ayuda por el mismo hacinamiento o que muchas veces tienen que salir solos, o llegan del colegio solitos a las piezas donde viven o el baño queda allá atrás... (entrevista 99: Independencia 2015; grupo focal APS).

(Continúa...)

(Continuación)

Temática: Nivel proximal de impacto en los resultados de salud

Subtemas y viñetas:

1. Estabilidad psicosocial-emocional de los cuidadores de los niños migrantes

Deprimida, uno ahí, me cae toda la tristeza y me quiebro, pero después yo me levanto y digo, el señor me levanta y sí me va a levantar. Al menos hay una razón grande y yo les digo "hijas, después vamos a estar juntas. Unos meses más y me regreso allá o ustedes, se van ahí y al final ustedes van a hacer sus vidas y yo me voy a seguir quedando sola (entrevista 30: Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Sí, es muy difícil. Salir de su país, dejar sus hijos... es muy duro, muy duro (...) son cosas muy, muy difíciles. A veces mis amigas me dicen que no me preocupe, que todo va a pasar, que todo va a estar bien y todas esas cosas graves, Dios mío, yo digo cuándo será... (pausa) Yo sería una mujer muy feliz si mi hija estuviera conmigo (entrevista 34: Antofagasta 2014; 40 años, mujer migrante de Colombia).

2. Acceso y uso del sistema de salud

Acceso y uso. Los participantes manifiestan cierta disconformidad con los servicios públicos de salud

[En relación con el uso del centro de salud familiar para controlar a hijos] En el consultorio de aquí no hay pediatría, hay medicina general y yo he vivido en otras comunas y hay un sector de pediatras, hay como cinco pediatras. Hay medicina general para los adultos así que están en una sala los niños esperando para pediatría, en otro lado están para esperando los adultos mayores, aquí están todos mezclados. Están los abuelitos que tosen cuando es invierno, están las guaguas, entonces estamos todos mezclados y hay medicina general y no hay pediatría, yo no sé porque en este consultorio no hay (...) y a mí no me gusta mucho eso, porque no es lo mismo que te vea un especialista y lo que es lo que hago con mi marido como ya me ha tocado ir, no me gusta como que y luego va mi hijo que sigue enfermo y optamos... mi marido hace el esfuerzo, va y pagamos un particular, un pediatra particular porque, él nos da justo y preciso, las cosas, los medicamentos y mi hijo se sanó, pero con medicina general no (entrevista 16: Recoleta 2014; grupo focal Inmigrantes).

[Respecto a atenciones de hijos pequeños] Ahora lo que opté mejor es buscar un particular y ya que le saqué... me dijo que tiene hora en noviembre, porque necesita porque mi hijo es hiperactivo y necesita atenderse. Entonces yo al consultorio, yo no paso el tiempo, entonces opté con mi marido... mi marido hace el esfuerzo por los niños, claro que le cuesta más, pero el hace el esfuerzo porque es para la salud de mi hijo (...) No, no, me dice: tú no vas a ir al consultorio para que mi hijo salga más enfermo. No, me dice: busca y llama y pide hora ahí a la clínica [particular] (entrevista 30: Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Situaciones de salud de niños migrantes

El otro día va mi nieto a hacerse ver, está mal con los bronquios y le dice: no, es un virus y que se hagan los análisis y esto, lo otro y ¿no te dieron nada? No, ningún jarabe... Nada... Chuta! Y se va a seguir empeorando mi hijo, le digo. Entonces yo le compré un jarabe para que expectore porque tenía una tos muy seca y sus pulmoncitos; yo sé que cuando uno hace esfuerzo de toser los pulmones son los que se afectan... si no hay ni para comprar el jarabe cómo se va a hacer los análisis (entrevista 100: Independencia 2015; hombre, 57 años, migrante de Perú).

Rezago psicomotor percibido por trabajadores de la salud

Tienen otra cultura y tienen otros hitos del desarrollo. O sea, para los niños de 2 años que no hablen es normal para ellos.... Mientras que para nosotros que no hable un niño de 2 años es ya que algo neurológico tiene! Porque ya es demasiado el retraso. Entonces para ellos es súper complicado también que nos entiendan a nosotros, que un niño que cumple dos años, ciertas cosas o al año... Es, es, o sea... Primero no entienden... o creen que es normal (entrevista 109: Recoleta 2015; grupo focal APS).

Discusión

El objetivo general de este estudio de análisis secundario fue develar determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile. Si bien en la sección de hallazgos se relatan algunas diferencias de percepción entre los diferentes grupos de participantes, este estudio ha pretendido mostrar preocupaciones transversales respecto a niños migrantes en Chile y mostrar una reflexión exploratoria y directrices para futuros estudios.

En relación con el marco regulatorio y político, se han reportado fenómenos similares al de niños transeúntes por otros estudios, los cuales mencionan que el desconocimiento y temor de algunos migrantes

respecto a cómo regularizar su situación dificultaría su acceso a información.⁴³ Chile hoy cuenta con una nueva política migratoria⁴⁴ que se ocupa de la situación de la comunidad migrante, incluyendo a los niños. Las autoridades nacionales debieran diversificar las estrategias de difusión de esta información para que los grupos migrantes conozcan sus derechos y las vías formales de regularización de su status migratorio y el de sus hijos. Respecto a la inserción en el ámbito educacional, existen diversas estrategias que han permitido mejorar la convivencia entre niños migrantes y locales,⁴⁵ las cuales pudieran ser adaptadas e implementadas por autoridades educacionales y sumadas a los esfuerzos ya realizados en la normativa educacional chilena, con la intención de garantizar a los niños migrantes acceso,

permanencia y progreso de su trayectoria educativa, independiente de su situación migratoria.⁴⁶

Respecto a las normas sociales y creencias culturales propias de cada grupo, muchos estudios han explorado los procesos de encuentros culturales y de aculturación.^{47,48} Es importante asegurar un clima de respeto en la convivencia entre las comunidades, para que de esta forma se pueda generar una integración cultural que beneficie la adaptación de la comunidad migrante en su totalidad y, en especial, la de los niños.

Las condiciones de hacinamiento y violencia asociadas con la situación de pobreza de la comunidad migrante se han reportado en otros estudios,⁴⁹ y efectivamente constituyen una amenaza al bienestar de todos los integrantes de la familia. Esta situación es de especial preocupación dada la urgencia de asegurar espacios seguros para el crecimiento y desarrollo de todo niño, por lo cual debiera ser una prioridad en la agenda pública de las autoridades.

Un fenómeno muy preocupante que se presentó de manera transversal en este estudio es el bienestar psicosocial y emocional de los cuidadores de niños migrantes. La salud mental de la población migrante es actualmente un problema,^{50,51} cuidadores que tienen problemas de salud mental provocan consecuencias directas en el desarrollo y la salud mental de los propios niños.⁵² Por lo anterior, se hace urgente generar estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento culturalmente pertinentes para las temáticas de salud mental de la población migrante.

Finalmente, respecto al acceso y uso de los servicios de salud, estudios internacionales han reportado un menor uso por parte de la población infantil migrante en comparación con la población local,⁵³ lo cual se condice con las percepciones de los participantes de este estudio, quienes manifiestan optar por vías alternativas de atención en salud (servicios privados), dada su disconformidad con los servicios públicos en Chile. Esto podría afectar directamente en el desconocimiento por parte de las autoridades chilenas respecto de los problemas de salud de los niños migrantes y sus estrategias de solución a estos problemas, lo que se convierte en un obstáculo para la generación de intervenciones culturalmente pertinentes y que respondan a esas necesidades específicas.⁵⁴

Los hallazgos de esta investigación dan cuenta de la importancia de DSS que impactan en salud de niños migrantes internacionales en Chile, de cara a un proceso de inmigración que aumenta cada año.¹⁰ Esto concuerda con abundante literatura internacional que sugiere que existen factores de riesgo y resultados de salud distintivos en las familias migrantes y que pueden diferir de la

población local. En este contexto, es posible establecer algunos elementos que permitirán a los trabajadores de la salud estar en alerta en los casos de atención a niños migrantes, entendiendo que hay algunos riesgos implícitos a su status migratorio que posiblemente afectan su salud y su bienestar. El reconocimiento de estos elementos clave, tanto de problemas de salud específicos como de condiciones de vida, permitiría realizar una valoración clínica integral conociendo de antemano algunas de las *alertas* que deben ser vigiladas en la atención directa a este grupo, para lograr así una atención centrada en las necesidades específicas de niños migrantes.

Este estudio tiene algunas fortalezas y no está exento de limitaciones. Se anidó en un proyecto más amplio (Fondecyt 11130042), consideró la voz de tres perspectivas relevantes (migrantes, autoridades y trabajadores de salud primaria) y contó con un tamaño muestral amplio. Sin embargo, el estudio original no se centró directamente en las condiciones de vida y el bienestar de los niños migrantes, por lo cual algunas de las temáticas emergentes en este análisis secundario de datos no lograron saturación de información, lo que implica la necesidad de considerar los hallazgos de este estudio de manera exploratoria, reforzando la importancia de generar investigación que profundice las temáticas expuestas.

Chile se encuentra hoy frente a una realidad migratoria creciente, la cual impone desafíos políticos y administrativos en el marco del respeto a los derechos humanos. El desarrollo y el bienestar de los niños migrantes se convierten en una temática central, donde es responsabilidad de todos los actores sociales asegurar un espacio familiar, comunitario y sociocultural estable. Desde el marco de la investigación en salud pública es menester relevar las temáticas de la infancia migrante de manera oportuna.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Naciones Unidas. Trends in international migration 2015. Nueva York: Naciones Unidas, 2015 [citado julio 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationPopFacts20154.pdf>
2. UNICEF. International Migrant Children and Adolescents. Houston: UNICEF, 2012 [citado julio 2017]. Disponible en: www.unicef.org
3. Ministerio de Desarrollo Social Chile. Encuesta CASEN. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social Chile. 2015. [citado julio 2017]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php

4. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. [Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile]. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(6):707-16. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000600707>
5. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
6. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Med*. 2006;3(6):e106. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030106>
7. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):250-65. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60050-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60050-0)
8. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promot J Austr*. 2006;17(3):180-5.
9. International Organization for Migration. World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility. Geneva: International Organization for Migration, 2015 [citado julio 2017]. Disponible en: <https://www.iom.int/world-migration-report-2015>
10. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A, eds. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo, 2017 [citado julio 2017]. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
11. United Nations Institute for Training and Research. Migration and Youth: Overcoming Health Challenges. New York: UNITAR, 2011 [citado julio 2017]. Disponible en: <http://www.unitar.org/ny/international-law-and-policy/migration-and-development-series/MigrationYouthovercoming-healthchallenges>
12. Hertzman C, Siddiqi A, Hertzman E, Irwin LG, Vaghri Z, Houweling TA, et al. Bucking the inequality gradient through early child development. *BMJ*. 2010;340:c468. <https://doi.org/10.1136/bmj.c468>
13. United Nations International Children's Emergency Fund. Estado Mundial de la Infancia: una oportunidad justa para cada niño. Nueva York: UNICEF, 2016 [citado julio 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
14. Devi S. Unaccompanied migrant children at risk across Europe. *Lancet*. 2016;387(10038):2590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30891-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30891-1)
15. The Lancet. Migrant and refugee children need our actions now. *Lancet*. 2016;388(10050):1130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31642-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31642-7)
16. Benadof D, Polk D, Documet P. Stages and transitions in the development of tooth brushing skills in children of Mexican immigrant families: a qualitative study. *Journal of public health dentistry*. 2015;75(4):337-42. <https://doi.org/10.1111/jphd.12108>
17. Wang LD, Lam WW, Wu JT, Liao Q, Fielding R. Chinese immigrant parents' vaccination decision making for children: a qualitative analysis. *BMC public health*. 2014;14:133. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-133>
18. Klassen AF, Gulati S, Granek L, Rosenberg-Yunger ZR, Watt L, Sung L, et al. Understanding the health impact of caregiving: a qualitative study of immigrant parents and single parents of children with cancer. *Quality of Life Research*. 2012;21(9):1595-605. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0072-8>
19. Lindsay AC, Wallington SF, Greaney ML, Hasselman MH, Tavares-Machado MM, Mezzavilla RS. Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs and Practices Related to Infant Feeding: A Qualitative Study. *Journal of Human Lactation*. 2016;33(3). <https://doi.org/10.1177/0890334416676267>
20. Berger-Jenkins E, Jarpe-Ratner E, Giorgio M, Squillaro A, McCord M, Meyer D. Engaging caregivers in school-based obesity prevention initiatives in a predominantly Latino immigrant community: a qualitative analysis. *J Nutr Educ Behav*. 2017;49(1):53-59. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.004>
21. Lindsay AC, de Oliveira MG, Wallington SF, Greaney ML, Machado MM, Freitag Pagliuca LM, et al. Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. *BMC health services research*. 2016;16:467. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1723-9>
22. Lee FH, Wang HH, Yang YM, Tsai HM. Barriers faced by Vietnamese immigrant women in Taiwan who do not regularly undergo cervical screenings: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(1):87-96. <https://doi.org/10.1111/jan.12168>
23. Sangaramoorthy T, Guevara EM. Immigrant Health in Rural Maryland: A Qualitative Study of Major Barriers to Health Care Access. *J Immigr Minor Health*. 2016;19(4):939-46. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0417-z>
24. Choi YJ. Mental health problems and acculturative issues among immigrant women in Korea: A qualitative study. *Women & Health*. 2016;56(6):713-29. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1118724>
25. O'Brien MJ, Shuman SJ, Barrios DM, Alos VA, Whitaker RC. A qualitative study of acculturation and diabetes risk among urban immigrant Latinas: implications for diabetes prevention efforts. *Diabetes Educ*. 2014;40(5):616-25. <https://doi.org/10.1177/0145721714535992>
26. Godfrey EB, Wolf S. Developing critical consciousness or justifying the system? A qualitative analysis of attributions for poverty and wealth among low-income racial/ethnic minority and immigrant women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2016;22(1):93-103. <https://doi.org/10.1037/cdp0000048>
27. Sin MK. A qualitative analysis of stress and coping in Korean immigrant women in middle-age and older-adulthood. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(1):52-9. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.942447>
28. Bramberg EB, Nystrom M, Dahlberg K. Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2010;5(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4650>
29. Schwartz SJ, Kim SY, Whitbourne SK, Zamboanga BL, Weisskirch RS, Forthun LF, et al. Converging identities: dimensions of acculturation and personal identity status among immigrant college students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2013;19(2):155-65. <https://doi.org/10.1037/a0030753>
30. Fuligni AJ, Tsai KM. Developmental flexibility in the age of globalization: autonomy and identity development among immigrant adolescents. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:411-31. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015111>
31. Bernosky-de Flores CH. A conceptual framework for the study of social capital in new destination immigrant communities. *J Transcult Nurs*. 2010;21(3):205-11.
32. Stoyanova A, Diaz-Serrano L. [Differential impact of social capital on mental health in the native-born and immigrant populations living in Catalonia (Spain)]. *Gac Sanit*. 2009;23(Suppl 1):93-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.08.003>
33. Teng L, Robertson-Blackmore E, Stewart DE. Healthcare worker's perceptions of barriers to care by immigrant women with postpartum depression: an exploratory qualitative study. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(3):93-101. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0176-x>
34. Kokanovic R, Manderson L. Exploring doctor-patient communication in immigrant Australians with type 2 diabetes: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(4):459-63. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0143-2>
35. Heaton J. Secondary Analysis of Qualitative Data: An Overview. *Hist Soc Forsch*. 2008;33(3):33-45. [citado julio 2017]. Disponible en: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/19143>
36. Creswell J. Philosophical, paradigm, and interpretative frameworks. In: Creswell J, ed. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage, 2007:15-34.
37. Scribano A, Sena Ad. Las segundas partes sí pueden ser mejores: algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación

- cualitativa. *Sociologías*. 2009;100-18. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000200006>
38. Vasquez A, Cabieses B, Tunstall H. Where are socioeconomically deprived immigrants located in Chile? A spatial analysis of census data using an index of multiple deprivation from the last three decades (1992-2012). *PLoS One*. 2016;11(1):e0146047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146047>
39. Patton M. *Variety in Qualitative Inquiry: Theoretical Orientations. Qualitative Research & Evaluation Methods* 3ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
40. Thomas D. A general inductive approach for qualitative data analysis 2003. Auckland: University of Auckland, 2011:1-11. [citado julio 2017]. Disponible en: http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/centres/hrmas/_docs/Inductive2003.pdf
41. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin N, Lincoln Y, ed. *The Landscape of Qualitative Research*. London: SAGE, 1998.
42. Johnson R, Waterfield J. Making word count: the value of qualitative research. *Physiother Res Int*. 2004;9(3):121-31. <https://doi.org/10.1002/pri.312>
43. Abrego L. Legal consciousness of undocumented Latinos: fear and stigma as barriers to claims-making for First- and 1.5-Generation Immigrants. *Law Soc Rev*. 2011;45(2):337-70. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2011.00435.x>
44. Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. Minuta: Reforma Migratoria y Política Nacional de Migraciones y Extranjería. Santiago de Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública Chile, 2018 [citado julio 2017]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d2/39/d239d0df-c4e9-488e-a36f-8b1ac2ca00ef/nueva_ley_de_migracion.pdf
45. Cutter-Mackenzie A. Multicultural school gardens: creating engaging garden spaces in learning about language, culture, and environment. *Canadian Journal of Environmental Education*. 2009;14(1):122-35.
46. Ministerio de Educación de Chile. Lineamientos e instrucciones para la política nacional migratoria Santiago de Chile, 2016 [citado julio 2017]. Disponible en: <http://migrantes.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/88/2017/04/7-ORD.894-Mineduc-Migrante.pdf>
47. Bekteshi V, Kang SW. Contextualizing acculturative stress among Latino immigrants in the United States: a systematic review. *Ethn Health*. 2018;1-18. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1469733>
48. Griner D, Smith TB. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 2006;43(4):531-48. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
49. McDonald WF. Exploiting Immigrant Vulnerability. In: Macmillan P, ed. *The Criminal Victimization of Immigrants Palgrave Studies in Victims and Victimology*. Cham: 2018:47-54. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69062-9_4
50. Gualdi-Russo E, Toselli S, Masotti S, Marzouk D, Sundquist K, Sundquist J. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *Eur J Public Health*. 2014;24(Suppl 1):16-25. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku107>
51. Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, Sundquist J, Sundquist K. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24(Suppl 1):26-30. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku100>
52. Stevens G, Vollebergh W. Mental health in migrant children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):276-94. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01848.x>
53. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Global Health*. 2018;14(1):52. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>
54. Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand J. Culturally competent healthcare systems. *Am J Prev Med*. 2003;24(3):68-79. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)

El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública

Territory as an essential category in public health sciences

Elis Borde¹, Mauricio Torres-Tovar²

RESUMO Este ensayo hace una aproximación conceptual a la categoría ‘territorio’, vinculándola como categoría de análisis fundamental en salud pública. Se hizo una revisión de fuentes académicas en donde la geografía, las ciencias sociales y la salud se interrelacionan para reconocer como se concibe el territorio dentro del campo de la salud. La primera parte del texto aborda el territorio como ámbito de expresión del bienestar y malestar de la sociedad a partir de tres casos de configuración territorial. En la segunda parte se propone una discusión sobre la influencia/el papel el territorio en el campo de la investigación salud pública; lo que permite concluir que en el territorio se dan los procesos de producción y reproducción social, que constituyen la base de la determinación social de la salud-enfermedad-muerte.

PALAVRAS-CHAVE Vulnerabilidad social. Salud pública. Inequidad social.

ABSTRACT *This essay seeks to conceptually approach the category of ‘territory’, assuming it as an essential research category in public health sciences. The first part addresses the territory as a marker of wellbeing and ill-being of society in relation to three cases of territorial configuration: territories of extractivist accumulation; urban territories of sacrifice and territories of life. In the second part of the essay, territory is discussed as a research category in public health.*

KEYWORDS *Social vulnerability. Public health. Social inequity.*

¹Universidad Nacional de Colombia – Bogotá, Colombia.
borde.elis@gmail.com

²Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia – Bogotá, Colombia.
mhtorrest@unal.edu.co

Introducción

El territorio es el escenario fundamental donde transcurre la vida. En él se expresa la condición de existencia material de las sociedades, establecida por los procesos productivos y reproductivos que se dan en su interior (SÁNCHEZ; LEÓN, 2006) y consecuentemente es producción social y de sentido (JIMÉNEZ; NOVOA, 2014), que configura el bienestar y malestar de las poblaciones que los habitan. En este sentido, entender/abordar el concepto de territorio es fundamental para comprender las desigualdades en los procesos de salud-enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las formas de enfermar y morir, en las formas de sufrir y en las posibilidades de bienestar (BREILH, 2010; CDSS, 2012).

El abordar entonces el territorio, demandaría una reorientación de la acción de la salud pública para actuar sobre la determinación social de los procesos salud-enfermedad y muerte, re-territorializando su intervención y superando su acción focalizada en la enfermedad y en el ajuste de los estilos de vida de los individuos.

Partiendo del reconocimiento de que los procesos de salud-enfermedad y muerte no pueden ser comprendidos al margen de las dinámicas histórico-territoriales que han venido configurando el territorio en la medida en que este expresa la correlación de fuerzas en la sociedad, siendo “lugar material donde se desarrollan las relaciones sociales y se emplaza la infraestructura necesaria para el proceso productivo” (JIMÉNEZ; NOVOA, 2014, p. 8) y a la vez, sujeto de la producción. El presente ensayo pretende hacer una aproximación conceptual a la categoría territorio, vinculándola como una categoría de análisis fundamental al campo de salud pública y en particular de la salud colectiva.

La aproximación teórica al concepto de territorio que proponemos en este ensayo, surge en medio de la búsqueda de herramientas y claves analíticas que permitan orientar la elaboración de respuestas a preguntas sobre

las “posibilidades para la vida en un sistema social centrado en la búsqueda frenética de la ganancia”, estructuralmente malsano (BREILH, 2010, p. 19), marcado por una matriz energética inviable, un desgarramiento de los territorios por el extractivismo (MACHADO-ARÁOZ, 2012), y otros procesos que han venido definiendo la determinación social de los procesos salud-enfermedad y muerte.

A partir de la idea de ‘productividad espacial’ de Milton Santos (1993), exploramos y problematizamos lo que se produce en el ejercicio de poder, que marca el régimen de acumulación y producción capitalista en la modernidad, observando no solamente lo que se destruye, sino la multiplicidad de relaciones, sujetos, subjetividades, territorios, territorialidades y resistencias que se producen.

El territorio como ámbito de expresión del bienestar y malestar de la sociedad

El concepto de territorio es polisémico y su comprensión depende, en gran medida, de la perspectiva desde la que se aborda, si es carácter global, regional o local; si es desde las capas hegemónicas o desde las capas subalternas, entre otras.

Históricamente la comprensión del territorio estuvo ligada a las guerras por el control de espacios físico, realizadas con el fin de disponer tanto de sus recursos naturales como humanos (GOMBRICH, 2004). El territorio se entendió entonces como escenario con características y límites geográficos, del cual había que apoderarse tanto por el ejercicio de la fuerza armada como por el ejercicio ideológico. Esta comprensión también marcó la colonización de Abya Yala, en la que se fue construyendo una comprensión del territorio útil al pensamiento e interés de los colonizadores europeos (PORTO-GONÇALVES, 2002), para lo cual la geografía se fue configurando como una disciplina funcional, que contribuyó a instalar una cartografía dominante y aplanar la realidad a partir de la imposición de una racionalidad

fundamentalmente basada en categorías dicotómicas contrastando culturas ‘civilizadas’ – culturas ‘bárbaras’, ‘centro’ – ‘periferia’ y ‘ser’ y ‘no-ser’. Estas dicotomías generaron condiciones epistemológicas y ontológicas para legitimar la instauración de una separación entre la naturaleza y el hombre y la diferenciación y jerarquización entre ‘razas’, lo que posibilitó la posterior explotación violenta de recursos naturales y de las poblaciones no-blancas (CORONIL, 1999). Más allá de una comprensión funcional del territorio, se consolidaron materialmente ‘territorios de acumulación’.

Tal como señalan Jiménez y Novoa (2014, p. 81), la historia del capitalismo ha demostrado su profunda capacidad re-organizativa, con

el capital buscando desplegarse territorialmente tratando de aniquilar el espacio por el tiempo en busca de mayores niveles de beneficio, renta o interés, apoyado directa o indirectamente por el Estado y sus estrategias de intervención y reconfiguración espacial.

En América Latina, el despojo territorial, a través de desplazamiento forzado, reprimarización económica, extranjerización de las tierras y privatización de los bienes comunes, ha asumido un papel destacado en los procesos de producción y acumulación capitalista y, consecuentemente, en el ordenamiento social de las sociedades.

Refiriendo a las huellas que ha dejado el pasado y que sigue realizando el presente del extractivismo en América Latina, Horacio Machado-Aráoz (2012) habla de la

capacidad performativa que la violencia expropiatoria tiene y ejerce recíprocamente sobre los cuerpos y los territorios. Violencia performativa con la capacidad de diseñar territorios por y mediante la ‘inversión’, que por su parte produce territorios ‘nuevos’, configurados funcionalmente para ajustarse a los requerimientos del capital, es decir, para ser territorios eficientes, productivos, rentables, competitivos. (MACHADO-ARÁOZ, 2012, p. 58).

Igualmente, mediante procesos de resistencia que han centrado su lucha en la defensa del territorio, las comunidades han revalorizado el concepto y visibilizado la coexistencia de múltiples territorialidades. El territorio ha dejado de ser comprendido como la base ‘natural’ física del estado o espacio en donde la sociedad y sus relaciones de poder solamente existen. Por el contrario, comienza a ser considerado como espacio de expresión de procesos que implican una triada inseparable – territorio-territorialidad-territorialización (PORTO-GONÇALVES, 2012), que refleja una comprensión del territorio como producción social y describe como diferentes actores sociales se apropian, representan y dotan los territorios de sentido.

Desde esta perspectiva, principalmente marcada por autores como Foucault, Lefebvre, Soja, Santos y Harvey, se forjó un ‘giro espacial’ hacia los años 60-70, que permitió complementar los análisis sobre la configuración histórica de los procesos de dominación, explotación y marginalización en el marco de la modernidad capitalista y aproximarse a la comprensión de las expresiones diferenciadas de estos procesos en los diferentes territorios y, de acuerdo con la triada territorio-territorialidad-territorialización, hacer conciencia de los procesos de consolidación de determinados tipos de territorios y de territorialidades sobrepuestas y en disputa.

En esta lógica, se ha llamado a comprender el territorio a la luz de la configuración de nuevas territorialidades establecidas por el marco de la globalización, en tanto se organiza principalmente por las dinámicas económicas de las transnacionales, incluso desconfigurando los estados-nación y estableciendo un sistema-mundo moderno-colonial (MIGNOLO, 2003); categoría que permite comprender de mejor manera cómo el capital busca convertir al planeta en un solo territorio de explotación y explotación.

Se trata de una nueva forma de comprender el territorio y repensar lo geográfico en la vía que lo plantea Porto-Gonçalves (2002), de

entender que el espacio está impregnado de historia, reconocer que el ser social es indisoluble al estar en él, que el territorio es más que un contenedor de recursos naturales y población, que entraña aspectos materiales y simbólicos, que en él ocurre la cooperación y el conflicto y que es el *locus* donde coexiste materialidad y cultura, que son el fundamento de la vida y que configuran el bienestar y el malestar de las poblaciones. En este sentido, cabe citar a Horacio Machado-Aráoz (2012), para quien no hay territorio sin sujeto político que lo constituya como tal, así como

no hay sujeto sin materialidad del cuerpo-individuo viviente, cuyo proceso de vida, a su vez, no puede prescindir de los flujos energéticos que lo atan a un determinado espacio geofísico biológico proveedor. (2012, p. 57).

De tal modo, hay un proceso mutuamente constitutivo y constituyente (territorio y espacio producto/productor)

entre los flujos energéticos que van de los cuerpos a los territorios en forma de trabajo, y que retorna de los territorios a los cuerpos en forma de alimentos. La vida misma emerge, por tanto, de estos flujos y procesos vitales que conectan unos cuerpos a ciertos territorios. (MACHADO-ARÁOZ, 2012, p. 57).

Como forma de evidenciar las configuraciones de bienestar y malestar en los territorios, se abordan a continuación tres expresiones territoriales distintas que a nuestro parecer pueden ilustrar lo propuesto: territorios de acumulación extractivista, territorios de sacrificio urbano y territorios de configuración de la vida.

TERRITORIOS DE ACUMULACIÓN EXTRACTIVISTA

América Latina ha estado sometida desde hace varios siglos a la colonialidad de las decisiones y las políticas que han ordenado

su territorio, y luego por un orden capitalista, que ha satisfecho las necesidades del capital globalizado y de elites nacionales, utilizando para ello múltiples violencias para despojar de los territorios a sus habitantes originarios, base sobre la cual se han configurado los estados-nación latinoamericanos y se han liberado espacios estratégicos de acumulación y producción capitalista, provocando despojo, violencia, desplazamiento y destrucción del medio ambiente y de las bases de supervivencia, particularmente de comunidades indígenas, palenqueras y campesinas, pero en esencia de la humanidad entera.

En la actualidad, los proyectos de integración regional como el IIRSA (Iniciativa para la Integración de la Infraestructura Regional Suramericana) y sus grandes obras de infraestructura (vías, petroleras, hidroeléctricas, minería) (BETANCOURT SANTIAGO, 2015) y las operaciones (para)militares en el marco de conflictos armados, constituyen ejemplos dramáticos de estos procesos y han marcado el paso y la calidad de la consolidación de ‘territorios de acumulación’ en el continente, definiendo lo que Harvey denominó ‘acumulación por desposesión’, un ‘nuevo’ imperialismo, que consiste en el uso de métodos de acumulación originaria que mercantilizan ámbitos, hasta entonces cerrados al mercado, para absorber la sobreacumulación de un determinado sistema territorial (excedente de trabajo y de capital) (HARVEY, 2005).

El extractivismo ha asumido un papel particularmente destacado en esta configuración y ejemplifica la triada territorio-territorialidad-territorialización que fundamentalmente define las características y posibilidades de vida, salud y bienestar en determinados territorios. Donde la exportación de productos primarios pasó a ser la clave de la nueva-vieja ecuación macroeconómica de la región, como indican los datos de la Comissão Econômica para a América Latina (Cepal) (2010) y como es discutido por Machado-Aráoz (2012, p. 54),

El extractivismo avanza a un ritmo frenético, al compás del renovado auge de las explotaciones petroleras y mineras, con la expansión de la superficie territorial ocupada por monocultivos forestales, forrajeros y del agro-negocio en general [...] bienes generados y localizados en determinados ecosistemas – el agua, el suelo, el aire, la energía, la biodiversidad – que son apropiados privadamente y desterritorializados para abastecer dinámicas ‘económicas’ localizadas en otros territorios.

Considera este autor que el extractivismo provoca un literal desgarramiento de los territorios, una expropiación ecológica y de la vida, es decir, de los ‘recursos’ que nos hacen ‘cuerpos’, por lo que habla de una expropiación ‘eco-biopolítica’ (MACHADO-ARÁOZ, 2012).

Las huellas que este tipo de economía deja sobre los territorios son evidentes en las deforestaciones, en las contaminaciones de ríos, lagos y suelos, en la pérdida de biodiversidad y bases de supervivencia, así como en las poblaciones en condición de discapacidad, enfermadas y muertas por contaminantes, como lo documenta el dossier de agrotóxicos de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco, 2016), expresiones de los “costos sacrificiales del desarrollo” (MACHADO-ARÁOZ, 2012, p. 55), efecto de una marca constitutiva del modelo de desarrollo capitalista moderno/colonial: el sacrificio, que es ilustrativo de la insustentabilidad del modelo que se ha materializado en este tipo de territorios y han configurado ‘zonas de sacrificio’ ambiental.

Ante el avance del extractivismo en el continente, han proliferado las zonas de sacrificio y aumentado el número de sujetos sacrificados que, en áreas rurales de América Latina, son predominantemente poblaciones campesindias, no-blancas, de clases sociales bajas, construidos como ‘otros’ y, a pesar de su número, clasificados como ‘minorías’ (CORONIL, 1999).

Los territorios de acumulación extractivista, que son la punta de lanza del actual

modelo de acumulación capitalista en regiones ricas en recursos primarios, como América Latina, configuran territorios de malestar, donde se arrasan ecosistemas y se destruye la vitalidad de los cuerpos.

TERRITORIOS URBANOS DE SACRIFICIO

Las territorializaciones del modelo de desarrollo dominante en el ámbito rural y la consolidación del territorio urbano están íntimamente relacionadas y evidencien otras dimensiones de procesos que configuran el bienestar y malestar que viven las poblaciones que habitan los respectivos territorios. El ejemplo acerca de los territorios urbanos de sacrificio, que se aborda en este apartado, se ve orientado por la comprensión de la urbanización establecida por Lefebvre (2000), según la cual se avanzó hacia un patrón de urbanización global donde la distinción entre lo rural y urbano se diluye, donde el campesinado queda subordinado a la industrialización de la agricultura y es sometido por las formas de vida urbanas.

En el escenario urbano se evidencian las grandes contradicciones del modelo de desarrollo capitalista y se materializan los procesos de dominación, explotación y marginalización en la organización espacial de las ciudades y en la materialidad de los guetos, banlieues, favelas y villas de miseria.

El malestar de la sociedad se refleja de forma particularmente violenta en la segregación territorial urbana y en las ‘zonas de sacrificio’ ambiental y social – un término adoptado por Marcelo Firpo-Porto (2013), que refiere a zonas que son expresión de la insustentabilidad de dicho modelo hegemónico de ciudad y desarrollo y se caracterizan por la contaminación industrial del aire, del agua y del suelo, pero también refieren a zonas de sacrificio social donde se niegan los derechos fundamentales y se ejerce violencia para adecuar los espacios a las necesidades de grandes emprendimientos y de los grupos sociales históricamente privilegiados.

En América Latina los procesos que forjaron la urbanización acelerada cobran particular relevancia principalmente porque reforzaron la propagación de una producción espacial fragmentada, insustentable e inherentemente incompatible con el bienestar y la salud en las ciudades y marcan las desigualdades en los procesos salud-enfermedad y de la muerte en ciudades latinoamericanas (FIRPO-PORTO, 2013).

Las ciudades latinoamericanas y el territorio urbano se configuraron en relación a la imposición de territorialidades tanto en el campo, provocando o intensificando (el ritmo de) las migraciones hacia las ciudades, como en las ciudades, ambos respondiendo a ordenamientos territoriales moderno-desarrollistas (BETANCOURT SANTIAGO, 2015), funcionales a la respectiva inserción estratégica de las ciudades en el sistema-mundo capitalista moderno/colonial, con el espacio local pasando a “ser un vector más de la ‘economía-mundo’” (MACHADO-ARÁOZ, 2012, P. 59).

Estas ciudades-globales, o territorios nacionales convertidos en “espacios nacionales de la economía internacional” (SANTOS, 1993, P. 71), se caracterizan por ser espacios extremadamente segregados, cuya organización espacial expresa, de una forma particularmente clara y violenta, las inequidades que estructuran el régimen de acumulación y producción capitalista, en las que la mayoría de la población vive en territorios malsanos y es sujeta a procesos incompatibles con una vida saludable y digna, incluyendo la violencia armada y la falta de saneamiento básico.

La insustentabilidad de este modelo de ciudad y de implícito/consecuente desarrollo capitalista se expresa en la necesidad de cada vez más ‘sacrificios’, presentados como ‘costos inevitables del progreso’. Para la reducción de los impactos se proponen tecnologías e innovaciones urbanas, que de todas formas no logran parar la proliferación de ‘zonas de sacrificio’ ambiental, ni tampoco de ‘zonas de sacrificio’ social, en las que en nombre del ‘orden’, de la seguridad

de algunos pocos y del ‘progreso’, sistemáticamente se niegan derechos fundamentales, se ejerce violencia y se produce muerte para poder adecuar los espacios para el capital.

Políticas públicas articuladas a los planes de ordenamiento territorial y a los planes de desarrollo de las ciudades, han asumido un papel decisivo en estos procesos y han posibilitado la consolidación de una producción espacial de las ciudades funcionales a la acumulación acelerada del capital. En las ciudades latinoamericanas esto particularmente se dio en el contexto de mega eventos o en el marco de campañas contra aparentes urgencias sociales como, por ejemplo, la ‘guerra contra las drogas’, que construyen un ‘estado de excepción’ en el sentido dado por Agamben (2004), instaurando un ‘desorden estratégico’ o, en palabras de Naomi Klein, un ‘shock’ y una

guerra civil legal, que permite la eliminación física no sólo de los adversarios políticos sino de categorías enteras de ciudadanos que por cualquier razón resultan no integrables en el sistema político. (AGAMBEN, 2004, P. 25),

liberando espacios estratégicos de acumulación y legitimando la consolidación de ‘zonas de sacrificio’.

En las ciudades latinoamericanas, para gran parte de la población, el sufrimiento y la muerte son omnipresentes y definen lo que el filósofo puertorriqueño Nelson Maldonado-Torres (2007) ha denominado la ‘diferencia sub-ontológica’ que marca los ‘sujetos socio-históricos que enferman’ y cuya vida se desarrolla en territorios históricamente ‘sacrificados’. Se producen en este sentido ‘cuerpos jóvenes muertos’ por tiros de fuerzas públicas o por la violencia más camuflada que se expresa en la segregación territorial y consecuentemente en la concentración territorial de miseria, marginalización y exclusión. En este sentido es importante retomar Antón y Damiano (2010) quienes señalan que

la muerte de un cuerpo no es solamente el detenimiento del funcionamiento de un organismo biológico o, mejor dicho, este detenimiento arrastra consigo al conjunto de relaciones sociales que él viabilizaba. (ANTÓN; DAMIANO, 2010, P. 24).

Por otro lado, se producen cuerpos cansados, estresados, dependientes y esencialmente malsanos, que se juntan en sistemas de transporte crónicamente colapsados, se sedan con placebos altamente lucrativos para la industria farmacéutica y se engordan con productos industrializados. El 'cuerpo gordo' es espacio de expresión de un malestar anclado en el consumismo, la aceleración de los ritmos de vida y la pérdida de habilidades básicas para la supervivencia, como la cocina. En palabras de Gustavo Antón y Franco Damiano (2010):

Los cuerpos se transforman en este sentido en un indicador, en la expresión viva de procesos de enfrentamiento social. [...] A su vez captan las acciones de disconformidad como expresión de la lucha por recuperar porciones del propio cuerpo pero no en sentido abstracto, sino en los términos de recuperar la posibilidad de hacer ciertas acciones y de relacionarnos de determinados modos, dejando de lado otras formas posibles. (ANTÓN; DAMIANO, 2010, P. 12).

Las zonas de sacrificio son expresiones particularmente drásticas de cómo los territorios reflejan el malestar de la sociedad y cómo determinadas territorialidades configuran territorios malsanos, territorios en los que se reproduce y potencia el malestar de la sociedad: espacios cerrados y sistemáticamente violentados que concentran los marginalizados, excluidos, dominados, 'condenados de la tierra' (FANON, 1999).

TERRITORIOS DE CONFIGURACIÓN DE LA VIDA

Tal como lo plantea Porto Gonçalves (2012),

las luchas extremadamente importantes en nuestra América latina, son luchas territoriales. Dentro de un territorio nacional existen múltiples territorialidades; el concepto de territorio fue desnaturalizado en el momento mismo de la conquista y colonización y sobre todo en la conformación de los estados nacionales. Fue un proceso de disputa por el control del espacio y fue un proceso de despojo para cientos y miles de pueblos, etnias, religiones, lenguas, naturaleza, riquezas y de vidas.

En el territorio consecuentemente se evidencian y configuran no solamente procesos destructivos de la vida sino también son escenarios base de las resistencias, talvez hoy las más potentes (ZIBECHI, 2003). Esto ha llevado a una lucha permanente en el continente, en donde principalmente los pueblos originarios y los campesinos han venido sentando una posición estableciendo que su lucha por el territorio no es solo de carácter político, sino también de orden cultural, social y epistémico, con lo cual cuestionan la colonialidad del poder, del saber, del conocer, del ser y del hacer. Desde esas dinámicas socio-políticas se ha venido construyendo una nueva mirada del territorio que conecta la tierra, la pacha mama, con las dinámicas esenciales de la vida.

Desde las resistencias y luchas de los subalternos; desde la búsqueda por de-colonizar pensamiento y acción; desde la construcción desde abajo, es decir desde la defensa y gestación de los territorios, se propone una nueva forma de entender y vivir los territorios, que busca de reconocer y establecer otras territorialidades, un mundo donde quepan muchos mundos (PORTO-GONÇALVES, 2002). Lo cual será posible si se rompe con el pensamiento de dependencia colonial y se generan otras matrices de racionalidad, para lo cual se hace necesario disputar el escenario epistémico y forjar procesos de re-territorialización para posicionar las formas propias de producir conocimiento y de realizar la vida que se tienen en el continente.

Es el territorio como condición de existencia material y como espacio geográfico donde obtenemos los servicios ambientales que nos brinda la naturaleza; es comprender que en él se dan los procesos de apropiación entendidos como territorialización y re-territorialización (PORTO-GONÇALVES, 2002). Es concebir entonces el territorio en clave de materialidad, simbolismo, apropiación y construcción de identidad, en una simbiosis territorio – cultura – identidad (ESCOBAR, 2010), lo que lleva a la generación de múltiples y diversos territorios, en contraposición a la visión colonial homogenizante de los territorios, que los ve como escenario exclusivo de explotación y expoliación.

Ese es el sentido del territorio, entendido más que como simple tierra, escenario donde acontece la vida, lugar donde puede transcurrir la existencia con dignidad. Como lo expresa Arturo Escobar (2010, p. 40)

cualquier territorio es un territorio de la diferencia en tanto implica una formación ecológica, cultural y socialmente única de lugar y de región [...] lo que está envuelto [...] [en las disputas territoriales] [...] es la comprensión y defensa de la vida en sí misma, en todas sus complejas manifestaciones [...] [Por esto], el punto para los movimientos [...] no es sólo el 'ambiente' sino el hecho de ser diferente y, en última instancia, la vida en sí misma; de ahí que los territorios de la diferencia también son los territorios de vida, en la conceptualización de los activistas.

Es decir, el territorio produce social y biológicamente la vida, indefectiblemente ligada con la salud. Esto lo saben muy bien las comunidades y por esto han construido una episteme que liga territorio con vida y por eso lo defienden con arraigo, valentía y terquedad.

EL TERRITORIO EN LA SALUD PÚBLICA

La aproximación al territorio desde la salud pública ha sido marcada por tres grandes

tendencias. Tradicionalmente, la categoría de territorio se ha utilizado para geográficamente delimitar áreas o referir a divisiones administrativas en conjunto con una comprensión 'geométrica' del espacio (MONKEN ET AL., 2010). Por otro lado, la aproximación se ha dado por el interés de relacionar el contexto social, comunitario y las características de ecosistemas a los procesos salud-enfermedad y muerte y se ha articulado en torno de la discusión sobre 'entornos', 'contextos', 'escenarios' y 'determinantes sociales de la salud', que si bien ha podido avanzar en la comprensión de la configuración social de las desigualdades en salud, continúa disociando los procesos biológicos de los procesos sociales, reduciendo las relaciones a un nexo externo (BORDE; HERNÁNDEZ; FIRPO-PORTO, 2015), desarticulando de las dinámicas territoriales.

Y en el marco de la emergencia de la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana, liderada por Breilh, Granda, Almeida-Filho y Laurell (BREILH, 2003; LAURELL, 1994; ALMEIDA-FILHO, 2000) entre otros, y aproximaciones posteriores principalmente por investigadores brasileiros (SABROZA, 1991; BARRETO, 1998; MONKEN ET AL., 2010; FIRPO-PORTO; PACHECO; LEROY, 2013), se fueron consolidando abordajes más complejos, inspirados en la geografía crítica. Desde la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana se ha propuesto un marco de análisis enfocado en la 'determinación social de las desigualdades en los procesos salud-enfermedad y muerte', resaltando cómo enfermamos y morimos de forma diferenciada por una serie de determinaciones sociales: jerarquías sociales que definen el acceso y la calidad de los servicios de salud, la cantidad y el grado de violencia, las condiciones de vida y otros procesos que inciden sobre el proceso salud-enfermedad y muerte (prematura, sufrida, violentamente impuesta, entre otros). Particularmente Jaime Breilh (2003) y Maria Fernanda Solíz Torres (2016) han avanzado en la discusión acerca de las manifestaciones del proceso de determinación social, comprendido como el

devenir socio-biológico-histórico-territorial de la salud-enfermedad, en los genotipos y en los fenotipos y en este sentido se han aproximado a lo que ‘produce’ el territorio y el orden social en términos de cuerpos y subjetividades. De tal manera, se han buscado formas para comprender la ‘enfermedad’ más que como un desequilibrio bioquímico, como expresión íntima de procesos histórico-sociales-espaciales en ‘sujetos socio-históricos que enferman’ (HERNÁNDEZ; QUEVEDO, 1992).

No obstante, y a pesar de que el desarrollo acerca de la categoría de ‘espacio’ haya sido mayor (MONKEN *ET AL.*, 2010), no se ha profundizado la dimensión territorial de los procesos de determinación social de la salud, talvez debido al sesgo historicista que marca las ciencias sociales y sus aplicaciones en el campo de la salud pública y en la salud colectiva, que ha llevado a la invisibilización de la dimensión espacio-territorial en la caracterización del patrón de poder de la modernidad capitalista y sus mecanismos de reproducción social.

El territorio conecta con la salud y la vida, en tanto en él se dan los procesos de producción y reproducción social, que son la base de la determinación social. Es en el espacio territorial donde se dan las relaciones entre los procesos naturales y los procesos sociales, denominado como metabolismo sociedad-naturaleza (BREILH, 2003). Dicho de manera más sencilla: la gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción), dinámicas que se dan ligadas al territorio. Por lo tanto, la aproximación entre territorio y salud va más allá de la mera distribución espacial o de las características ambientales físicas que inciden en los perfiles epidemiológicos de los colectivos (SAMAJA, 2003).

El territorio se vuelve entonces un elemento que contribuye a comprender las complejas relaciones que se dan entre individuos, sociedad y naturaleza que dan cuenta de un determinado perfil de deterioro o de protección de las poblaciones que lo habitan

(SÁNCHEZ; LEÓN, 2006). En el territorio entonces están las claves para entender cómo se da la dinámica de producción de la vida y de la salud, y de él también emergen epistemes y praxis que pueden darle sostén a la vida en todos sus órdenes y complejidades.

Esta perspectiva le demanda al campo de la salud pública considerar al territorio como una categoría central, en tanto en él están las dinámicas poblacionales y las determinaciones que producen bienestar o deterioro a/en los colectivos. Y de otro lado, implica para el campo de la salud pública necesariamente conectar con otros campos de conocimiento para entender la complejidad territorial y a su vez, no despreciar e incorporar los conocimientos y las praxis de las propias comunidades, que han demostrado que saben conservar y potenciar la vida y la salud.

Conclusiones

Concluimos que en tanto en el territorio se dan los procesos de producción y reproducción social junto al metabolismo sociedad-naturaleza, son estos procesos los que constituyen la base de la determinación social que establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan. Arriesgamos a sostener que el territorio es el escenario estratégico de disputa entre una visión que lo ubica como fuente de acumulación y por lo cual intensifica sus procesos de expoliación y explotación, contra una visión que lo ubica como el escenario donde se gesta la vida y su sustentabilidad.

El territorio no es solamente un entorno caracterizado por su geografía física, el paisaje y los elementos bióticos y abióticos de la naturaleza presentes en él. Es un escenario que se construye a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el escenario donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad y la muerte y donde se expresa las contradicciones y los conflictos

producto de las relaciones de confrontación entre el poder hegemónico de las elites y las resistencias de los sectores subalternos, en la contienda por el control territorial.

Los costos sacrificares del ‘desarrollo’ dejan sus huellas sobre los territorios y los cuerpos (MACHADO-ARÁOZ, 2012), que se vuelven espacios de expresión del malestar de la sociedad en diferentes escalas, pero también espacios a partir de los cuáles se articulan resistencias.

Así como las ‘zonas de sacrificio’ y las enfermedades son expresiones concretas de este malestar, en tales espacios se evidencian la incompatibilidad del régimen de acumulación y producción capitalista con modos de vivir y espacios de vida digna, conquistados a partir de procesos de re-territorialización. Tanto el cuerpo como el territorio permiten ‘diagnosticar’ y documentar el nivel de destrucción y contradicción que conlleva la manutención de este modelo de desarrollo y ofrecen evidencias palpables que deben llevarnos a seriamente interrogarnos sobre los horizontes de sentido y consecuentemente los horizontes de transformación, que deben llevar a preguntarse al campo de la salud pública: ¿A dónde vamos? ¿Qué más y a quiénes más vamos a dejar sacrificar?

También es un llamado a desnaturalizar y problematizar quienes son ‘sacrificados’ para mantener el funcionamiento del modelo de desarrollo dominante y, de acuerdo con Frantz Fanon, sobre quienes ‘son’ y ‘no-son’ en esta sociedad.

El metabolismo sociedad-naturaleza que se expresa en lo territorial, configura la base de la determinación social del proceso salud-enfermedad y muerte. Esto revela al campo

de la salud pública la necesidad de apropiarse la categoría de territorio como elemento sustancial para entender y explicar las dinámicas de la vida y de la salud, y la necesidad de articularse con otras disciplinas, con el saber y praxis de las comunidades, para comprender de manera integral el territorio, todo con la finalidad de potenciar la vida, en contraposición a los proyectos de explotación y muerte que se les pretende imponer.

Producto del accionar de los movimientos sociales, particularmente en América Latina, que confrontan la colonialidad desde una perspectiva de de-colonialidad y de autonomía, el territorio viene ganando gran importancia siendo espacio y medio de recuperación de epistemes y praxis, así como fundamento para preservar y potenciar la vida en todas sus expresiones y complejidades.

Sostenemos entonces que el campo de la salud pública es un campo para potenciar la vida y no para contener la enfermedad y la muerte. Acogemos el territorio, no porque se coloque como un asunto de moda hoy en las reflexiones académicas, sino porque lo consideramos categoría central, que puede orientar la dirección del campo de la salud pública, brindando herramientas y claves analíticas que permitan orientar transformaciones estructurales a favor de la vida y bienestar de las sociedades y en contra del proyecto de despojo y muerte que se impone hoy.

Colaboradores

Elis Borda y Mauricio Torres-Tovar contribuyeron substancialmente a la concepción y elaboración del manuscrito. ■

Referências

- AGAMBEN, G. El Estado de excepción. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, La Rioja, España, v. 60, p. 99-109, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
- ANTÓN, G.; DAMIANO, F. El Malestar de los cuerpos. In: MARÍN, J. C. et al. (Org.). *El cuerpo, territorio del poder*. Buenos Aires: Ediciones Picaso, 2010. p. 19-38.
- ARRIGHI, G. *O longo século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARRETO, M. Ambiente e saúde: saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 21-22, 1998.
- BETANCOURT SANTIAGO, M. *Adecuaciones espaciales para la dominación: Conflictos moderno-coloniales en la Amazonia Andina bajo el avance de la integración y desarrollo via IIRSA*. Tesis (Doctoral). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ, M.; FIRPO-PORTO, M. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00841.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2016.
- BREILH, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- BREILH, J. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*. Quito: Global Health Watch, 2010.
- CARNEIRO, F. F. et al. (Org.). *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. São Paulo: Expressão Popular, 2014.
- COMISIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (CDSS). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS, 2012.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA (CEPAL). *Estudio económico em América Latina y el Caribe: 2009-2010*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2010.
- CORONIL, F. Más allá del occidentalismo: hacia categorías geohistóricas no imperiales. *Revista Casa de las Américas*, Cuba, v. 39, n. 214, p. 21-49, 1999.
- ESCOBAR, A. *Territorios de diferencia: lugar, movimientos, vidas, redes*. Popayán: Envió, 2010.
- FANON, F. *Los condenados de la tierra*. Nafarroa: Txalaparta, 1999.
- FIRPO-PORTO, M. Injustiça ambiental no campo e nas cidades: do agronegócio químico-dependente às zonas de sacrifício urbanas. In: FIRPO-PORTO, M.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 133-174.
- FIRPO-PORTO, M.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- GOMBRICH, E. *Breve historia del mundo*. Barcelona: Planeta, 2004.
- HARVEY, D. Sobre reajustes espacio-temporales y acumulación mediante desposesión. *Herramienta*, [s. l.], v. 29, p. 7-21, 2005.
- HERNÁNDEZ, M.; QUEVEDO, E. Historia, ciencias sociales y educación médica. *Educación Médica y Salud*, [s. l.], v. 26, n.1, p. 35-50, 1992. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10433.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

- JIMÉNEZ, C.; NOVOA, E. *Producción social del espacio: el capital y las luchas sociales en la disputa territorial*. Bogotá: Ediciones Desde Abajo, 2014.
- LAURELL, A. C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. In: RODRÍGUEZ, M. I. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: OPS, 1994.
- LEFEBVRE, H. *La production de l'espace*. Paris: Anthropos, 2000.
- MACHADO-ARÁOZ, H. Los dolores de Nuestra América y la condición neocolonial. Extractivismo y biopolítica de la expropiación. *Observatorio Social de América Latina*, Buenos Aires, n. 32, sep. 2012.
- MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: GROSFUGUEL, R.; CASTRO-GÓMEZ, S. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. 1. ed. Bogotá: Siglo del Hombre, 2007. p. 127-167.
- MIGNOLO, W. *Historias Locales / Proyectos Globales: Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal, 2003.
- MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. *et al.* (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.
- PORTO-GONÇALVES, C. W. Da Geografia às Geografias: um mundo em busca de novas territorialidades. In: CECENIA, A. E.; SADER, E. (Org.). *La guerra infinita: hegemonía y terror mundial*. Buenos Aires: Clacso, 2002, p. 217-256.
- SABROZA, P. Espaço e produção de endemias. In: ALAMES. *Taller de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. Caracas: Alames, 1991.
- SAMAJA, J. Desafíos a la epidemiología: pasos para una epidemiología Miltoniana. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, p.105-120, 2003.
- SÁNCHEZ F. V.; LEÓN, N. Territorio y salud: una mirada para Bogotá. In: JIMÉNEZ, L. C. (Org.). *Región, espacio y territorio en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2006.
- SANTOS, M. Los espacios de la globalización. *Anales de geografía de la Universidad Complutense*, Madrid, n. 13, p. 69-77, 1993. Disponible en: <<https://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/viewFile/AGUC9393110069A/31671>>. Acceso en: 5 jul. 2016.
- SOLIZ TORRES, M. F. *Salud colectiva y ecología política: la basura en Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones La Tierra, 2016.
- ZIBECHI, R. Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafíos. *Observatorio Social de América Latina*, Buenos Aires, n. 9, p. 185-188, 2003.

Recibido para publicación en agosto de 2016

Versión final en noviembre de 2016

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)

The social health determination as a tool of transformation towards a new public health (community health)

Jaime Breilh¹

¹ Md. MSc. PhD, Director del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Coordinador del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad. Correo electrónico: jaime.breilh@uasb.edu.ec

Recibido: 02 de febrero de 2013. Aprobado: 04 de abril de 2013.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Posicionamiento epistemológico de partida y breve recorrido histórico de la propuesta

La *determinación social de la salud* es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías *reproducción social* y *metabolismo sociedad-naturaleza* han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública.

El punto de partida de esta construcción teórica se fundamenta en una relectura -desde el realismo crítico- de dos vertientes epistemológicas encabezadas por Kuhn y Bourdieu. Del primeropara rescatarla visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social, transformabilidad y el carácter “revolucionario” dado por la

oposición de ideas innovadoras frente a los aspectos “normales”, lo que abre puertas a una aproximación socio-política de la determinación comunitaria de la ciencia, sus modelos e instrumentos [1]. Y el segundo, porque analiza “...la teoría como un *modus operandi* que orienta y organiza la práctica científica...(y las)...capacidades creadoras, activas, inventivas del *habitus*...” y el lado activo del conocimiento científico como “...el capital de un sujeto trascendente...de un agente en acción” [2].

Con esto se plantea que el conocimiento epidemiológico, más allá de sus proyecciones técnicas, y como toda otra disciplina científica, hace parte del poder simbólico, que es el poder de constituir, “...de enunciar, de hacer ver y hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo, y de este modo la acción sobre el mundo...un poder casi mágico que permite obtener el equivalente de aquello que es obtenido por la fuerza” [2]. En efecto, un poder tan importante, que ha logrado hasta cambiar el curso de la historia como sucedió con la campaña de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller

* Este artículo se basa en apartados de la conferencia presentada en el “VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Contexto del Siglo XXI” realizado en la Universidad Nacional, Bogotá, marzo de 2013.

y su impacto para el giro de la Revolución Mexicana frente a la presencia de la petrolera Standard Oil [3].

Por eso la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida la disciplina comparte con todas las demás, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es "... una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad" [2], y en nuestro caso, dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas.

Al asumir una tarea de reformulación disciplinar es inevitable situarse en una perspectiva teórico-política, es decir, mirar desde un ángulo específico de dichas relaciones de poder, o desde lo que suele denominarse un punto de vista social, de clase; perspectiva que imprime una huella profunda en la construcción del conocimiento, aun de sus expresiones más técnicas.

Reconocer aquello, saber que cuando se hace epidemiología hay una politicidad implícita y un nexo evidente o tácito con intereses estratégicos de un sector social, entonces, no solo es un acto de transparencia ética, sino un signo de rigurosidad metodológica. Cuestión básica, sobre todo cuando el objeto de estudio, constituye un elemento sensible de la evaluación de un proyecto social o de gobierno, por ser un recurso "diagnóstico" con el que se define la imagen sanitaria de la sociedad, con el que valoramos el éxito o fracaso de las políticas y, sobre todo, con el que construimos evidencias de los impactos generados por la producción y el vivir social.

En trabajos previos a través de una amplia revisión documental ha sido posible señalar los afanes de grandes empresas y el papel de una epidemiología bajo contrato, aplicada para fabricar la duda del público y de la justicia, sobre los impactos humanos y ambientales de producciones peligrosas, mediante manipulación estadística y otras formas de dilución de evidencias; maniobras para implantar la idea de "otros factores causales"; y operaciones técnicas para crear incertidumbre por supuestas fallas en diseño o de datos [4].

Si bien los casos descritos son ejemplos extremos de una epidemiología venal, la mayor parte de veces las operaciones de una epidemiología funcional no se trata de nexos tan directos, sino que la epidemiología convencional, incluso con las mejores intenciones, estructura su discurso metódico de manera que hace invisibles las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza.

Es decir, el análisis de los paradigmas y modelos con los que ha trabajado la epidemiología, se encuentra inevitablemente atravesado por las tensiones, impulsos y obs-

táculos que resultan de esas relaciones de la ciencia con el poder, de lo cual ha resultado una secuencia de confrontaciones en cada período histórico. Confrontaciones que no se subsanan con la adición de un reconocimiento de "causas de las causas" y de los "determinantes estructurales", mientras sigue inserta en la misma lógica empírico-funcional.

El pensamiento crítico latinoamericano en la mayoría de casos bebió de dos fuentes importantes del pensamiento crítico epidemiológico: las ideas revolucionarias sobre determinación de la salud de personajes que inspiraron la lucha anti-colonial en el Siglo XVIII [5]; y las obras revolucionarias de Europa del Siglo XIX que explica Howard Waitzkin en su crítica sobre "la medicina y la salud pública al final del imperio" [6]. En Norteamérica el hilo conductor de un razonamiento epidemiológico crítico del sistema social e integral se plasmó en obras como las de Henry Sigerist [7], o un poco después en las de George Rosen [8].

Bajo el influjo social de los 70 se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocaran en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario en que nos fue posible proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de *determinación social* de la salud en la epidemiología. Categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir [9].

Herramienta teórico metodológica que alimentó y animó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana, forjada en el debate y la ruptura con el canon de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, luego frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica, y ahora, frente al de la epidemiología de los llamados "determinantes sociales de la salud".

Cabe aclarar que la *epidemiología crítica latinoamericana* si bien se fraguó en escenarios académicos, tuvo siempre como fuelle y motivo de inspiración la lucha de nuestros pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de riqueza, y no las preocupaciones burocráticas de la llamada gobernanza.

El carácter crítico de la propuesta se fundamenta en la vinculación con las luchas de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a la construcción de modos de vivir saludables. No es su objeto descifrar conexiones empíricas para promover medidas de simple reforma y representar la entelequia de la salud en una sociedad estructuralmente patógena. La epidemiología crítica no puede ser otra cosa que radicalmente emancipadora.

Finalmente y por todo lo que queda dicho, la noción de *determinación social de la salud*, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones

personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista de los años 70.

Entre los años 70 a 90 desde el nuevo pensamiento epidemiológico latinoamericano se realizaron cuestionamientos a la epidemiología lineal [10-20], lo que contribuyó a refundar la moderna epidemiología crítica, y que ha sido ampliamente comentada [21-24] y documentada [25]. El aporte inicial se orientó a descifrar como empirismo cognitivo, la metodología positivista y la lógica cartesiana de la epidemiología causal, constituyeron un obstáculo para penetrar la génesis de la salud [9], y como la noción de causalidad de Humese impuso como lógica rectora del pensamiento epidemiológico en la corriente hegemónica de los 70 [26] y los desarrollos más recientes [27].

La perspectiva *cartesiana* había penetrado en esos enfoques del análisis epidemiológico, reduciendo la realidad al sólo plano de los fenómenos; asumiendo las propiedades de las partes (individuos) como base del comportamiento del todo; y otorgando, de ese modo, prioridad interpretativa a los atributos individuales (la parte) sobre el todo [28].

A partir de ese marco, la epidemiología convencional cayó en una distorsión múltiple de la metodología, posible de sintetizar en los siguientes cinco elementos:

- Una explicación fenoménica, reduccionista y fragmentaria de la realidad y la determinación de la salud.
- Primacía absoluta de la asociación causa-efecto como gran organizadora y lógica del universo epidemiológico.
- Reificación de la relación causa-efecto como artefacto formal aplicado para identificar factores de riesgo.
- La reducción de la noción de exposición/vulnerabilidad a un problema esencialmente individual de naturaleza probabilística.
- A la hora de organizar la práctica epidemiológica, la reducción de ésta en acciones funcionales sobre factores de riesgo.

A esta epidemiología empírica, a pesar de su robusto arsenal formal estadístico, no le es posible explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud; ni entender la distribución por clases de las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; ni la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas; ni comprender

en profundidad el metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto social. Y finalmente, con este modelo, resulta imposible “conocer la sociedad para transformarla” hacia una salud profunda, que fuese el pilar no sólo de una nueva salud pública, sino de la construcción de un nuevo modelo civilizatorio saludable.

Las posibilidades de un análisis crítico de la salud se diluían en las limitantes construcciones empíricas de *lugar, persona, y tiempo*. Y al buscar una apertura hacia las relaciones de la salud con el contexto de la vida, se proponía la solución de la epidemiología ecológico-empírica, basada en los principios parsonianos de la teoría de los sistemas en equilibrio[†] que congelaba la relación entre *agente, huésped y ambiente* en un proceso de *historia natural de la enfermedad* [29]. Como lo señaló acertadamente Donnangelo dicha teoría sirvió como instrumento para tejer el camino de lo social (i.e externo) a lo comportamental-individual, consolidando de ese modo la lógica funcionalista [30].

Con este tipo de herramientas no es comprensible un orden social que mercantiliza la naturaleza, ni el rico movimiento dialéctico que se da entre lo natural-biológico y lo social, pues el molde estático y rígido de la ecología empírico-funcional reproduce la cosmovisión positivista, que separa al sujeto de un mundo de objetos que lo rodean, y convierte las relaciones *sociedad-naturaleza* y *societal-biológico* en meras externalidades entre factores, variables de la realidad, creando una falsa relación substitutiva de conexión externa de variables. *Lugar y ambiente* aparecían, desde esa perspectiva, como categorías que representaban un mundo atomizado, de fenómenos empíricamente evidenciables, donde la relación social-natural era una más de las conexiones formales que había que incorporar al modelo epidemiológico estadístico.

Como respuesta a esta perspectiva se produjeron trabajos críticos amparados en el ambiente intelectual propiciado en la naciente maestría en medicina social de la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco. Allí se ubica la tesis pionera que basó su análisis en la categoría *determinación social*, como una forma de superar el causalismo, en cuanto se refiere a la *producción o génesis* de la salud; la noción de *reproducción social* (en las dimensiones general-particular-singular) como superación del empirismo aplanado; la concepción dialéctica de la relación *societal-natural-biológico*, como superación del ecologismo empírico; y que sometió a escrutinio crítico el uso empirista de las técnicas y la preeminencia de un enfoque cuantitativista del método [9].

[†] Talcott Parsons, teórico del estructural funcionalismo, explicó el mundo como un conjunto de sistemas y subsistemas con tendencia al equilibrio, y funciones que regulan los estados normales. El funcionalismo es una doctrina social que se ha pensado como antípoda de las ciencias de la transformación, sostiene la estabilidad eterna de la sociedad como un gran sistema con tendencia al equilibrio, mientras que el cambio sería como una pérdida momentánea de dicho equilibrio, que finalmente se reajusta por la operación de funciones que cada grupo social desempeña.

En cuanto a la *distribución* poblacional de las condiciones de salud, se propuso una operacionalización epidemiológica de la clase social, como superación de los estratos convencionales de la vieja epidemiología; para enlazar *producción y distribución* de la salud y exponer su complejidad, se propuso la categoría *perfil epidemiológico*, que sintetiza los dos ejes de dicha complejidad: el dimensionamiento general, particular y singular, y la antítesis entre procesos saludables, protectores o perfeccionantes, versus procesos malsanos, peligrosos, deteriorantes o vulnerabilizadores de la salud [9].

Este esfuerzo inicial fue enriquecido en los 80s con aportes como la matriz de triple inequidad en la determinación de la salud (clase, género y etnia); luego en los 90s con una recuperación del *sujeto* de la epidemiología, a través de la construcción intercultural de una crítica de la sociedad de mercado, y con la vuelta del siglo la investigación se enfocó al *metabolismo sociedad-naturaleza*, esbozado ya desde los aportes de los 70 [9], así como en la crítica de la inviabilidad del modo de civilización del capital para la salud y la naturaleza.

Con este recorrido se arriba al desarrollo más reciente, al planteamiento de las 4”s” de la vida—como se explica más adelante—, para confrontar la expansión violenta de la acumulación de capital, basada en los mecanismos devastadores de convergencia malsana de tecnologías; el despojo fraudulento de los recursos vitales de las sociedades subordinadas (i. e tierra, agua, genoma); y finalmente para situar en el contexto de esa matriz social devastadora los impactos de la triple inequidad inherente a las relaciones sociales y modos de vivir, que han sufrido los asalariados, subasalariados, los pequeños productores y aun la clase media [31-34].

El proceso ha implicado una permanente conexión entre el trabajo epidemiológico con la lucha para confrontar al poder patógeno del sistema social usando los instrumentos de la ciencia. Un esfuerzo por acompañar desde el quehacer académico la disputa de los sujetos políticos contra los peligros para la vida producidos por el capitalismo industrial y la marginalización naciente en los 70; posteriormente frente al agresivo posindustrialismo y desmantelamiento neoliberal de los derechos, que agravó la inequidad y exclusión social en los 80; y ahora en el siglo XXI contra la aceleración de la acumulación económica por convergencia de usos peligrosos de la tecnología productiva, despojo y shock, que ha modificado el perfil de sufrimiento humano y ha diversificado las formas de exposición masiva a procesos dañinos, amplificando y diversificando los mecanismos de destrucción de los ecosistemas.

Procesos que lamentablemente no están logrando realmente revertir ni los regímenes de América Latina que definen una línea progresista, pues empujan desde una falsa opción del extractivismo, sus afanes de una política social redistributiva que se busca forjar contraco-

rriente al ritmo vertiginoso de concentración de riqueza y exclusión social de una maquinaria de acumulación de capital hasta ahora intocada. Por debajo de una intencionalidad social siguen reproduciéndose modos de producir y políticas que no afectan las raíces de una civilización individualista, que se sustenta en un complejo de irrationalidades (productivas, energéticas, ambientales), y que se reproduce y recicla gracias al imperio de un consumismo extremo, de un ordenamiento social dependiente de una matriz de derroche energético, de desperdicio de recursos vitales, y de una masiva e irreparable generación de desechos.

En todo este camino, una contradicción compleja ha sido el comprender cómo acoplar el debido reclamo de nuestro pueblo por acceso a los servicios asistenciales de la salud individual, con la urgencia—esa sí mucho menos comprendida e interiorizada—, de transformar con sentido preventivo la determinación social de los problemas de salud.

Rupturas para la construcción del método de la epidemiología crítica: lectura en paralelo con otras perspectivas epidemiológicas

La salud es un objeto polisémico en tanto objeto real, objeto pensado (de modo intersubjetivo) y campo de praxis. Avanzar hacia un paradigma crítico de la epidemiología, implica entrelazar tres transformaciones complementarias e interdependientes, el replanteo ontológico como *objeto* complejo, la innovación en su conceptualización en cuanto a las categorías y operaciones metodológicas que permitan hacerlo inteligible, y la apertura y vinculación con las formas de incidencia y las fuerzas sociales movilizadas [25], todo ello inscrito en un proceso dialéctico de determinación socio histórica.

Dada la conexión e interdependencia de objeto-sujeto-campo, la categoría determinación social (DS) aplica a los tres: hay una DS del objeto; una DS de la construcción de los conceptos y una DS de la práctica. En cada período histórico los cambios y movimientos de la salud como objeto, se interrelacionan con las innovaciones conceptuales y las transformaciones de la práctica (figura 1).

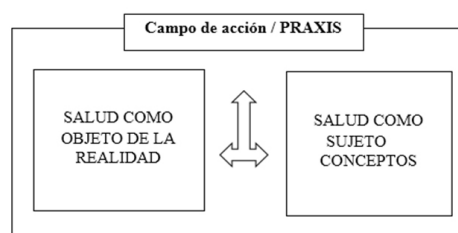


Figura 1. La salud noción polisémica

Dicho de otro modo, la transformación objetiva, subjetiva y práctica se producen socio históricamente en relación con una matriz social determinante; no hay manera de comprenderlas separadamente, como lo exponen algunos trabajos realizados en el Ecuador en los períodos de la Revolución anticolonial del Siglo XVIII [35], la Revolución social juliana de comienzos del Siglo XX (1925-1931) [36] y la etapa de regresión neoliberal agresiva de 1985 a 2006 [37], que permiten observar articulaciones muy diferentes en cada caso.

El conocimiento científico en cualquier disciplina se da en el movimiento entre sujeto y objeto en un campo de praxis; ninguna de los tres elementos define el método de manera absoluta. Entonces bien, al enfocar el objeto debemos apreciar que éste no existe como un “en sí” puro sin sujeto, ni tampoco existe un sujeto “en sí” puro sin objeto. El movimiento del conocimiento surge en la relación de los dos y esa relación se encuentra determinada por el movimiento práctico y momento histórico en el que se realiza.

Ahora bien, la relación entre sujeto y objeto requiere de la mediación de ciertas estructuras simbólicas, pues las experiencias perceptivas no están únicamente determinadas por las imágenes y estímulos de la naturaleza sino que dependen de la cultura, de esas estructuras simbólicas que aplicamos al conocer; una las cuáles es el método [38].

De ahí se desprende que en la epidemiología como en toda ciencia, el método es un movimiento que va del objeto al sujeto y viceversa, pero atravesado también por las ideas y la cultura. El método es una de las mediaciones simbólicas en el caso del conocimiento científico, y no es ni un movimiento exclusivamente inductivo reflejo (de objeto a sujeto), ni tampoco un movimiento exclusivamente deductivo (de sujeto a objeto). El método es un movimiento dialéctico.

Comprendido lo anterior, es posible explicar por qué el método empírico analítico (positivista) que aplica la epidemiología hegemónica es distorsionante, pues al acercarse a la realidad por la mera senso-percepción (procedimiento empírico inductivo de observar fenómenos mensurables –variables– y juntarlos bajo un sistema formal, matemático o no) sólo alcanza a mirar unas partes o fragmentos de la realidad (el pico del iceberg), tal y como ellas se registran en el acto de observar y medir efectos en el plano de los fenómenos –efectos epidemiológicos observables–, sin penetrar en el plano de la determinación de los procesos en el cual tienen lugar y adquieren sus propiedades dichos fenómenos.

Es por ello que se requiere un paradigma integrador, una operación para la que es indispensable un marco interpretativo del sujeto (categorías de un

marco teórico) que, si bien son ideas, constituyen a su vez una expresión del mundo material y del trabajo de articulación lógica que posibilita la observación de dicha base material y la praxis.

Redimensionar el objeto de la epidemiología: ruptura con el empirismo lineal

Para discutir en torno el objeto de la epidemiología, como objeto real y sus propiedades, se utilizan algunas categorías que permitan caracterizar y comparar la forma como esto es definido en los más representativos paradigmas epidemiológicos [39]; como son: el *lineal causal –clásico–* (epidemiología lineal uni y multi causal); el ecológico-empíricos (teoría parsoniana de los sistemas agente, huésped y ambiente); el causal de *transición* (epidemiología social de los determinantes sociales); y cuatro expresiones de la epidemiología crítica (medicina social, epidemiología etno-social, epidemiología eco-social y epidemiología crítica). Las cuatro categorías analíticas son:

- Orden. Concepción acerca de qué es lo que mueve al objeto, es decir el orden social y sus relaciones de jerarquía.
- Carácter del movimiento. Visión de cómo se da su movimiento, génesis y reproducción.
- Temporalidad. Concepción de la temporalidad del objeto, sus elementos e historicidad.
- Espacio social y elementos. El espacio social de la determinación y la espacialidad del objeto (dimensiones, conexión histórica de elementos).

En cuanto al *orden* la conceptualización de la DS pasa por la idea de orden social –qué es lo que mueve el objeto. En la epidemiología *lineal clásica* (*uni o multicausal*) el orden es causal-individual y la jerarquía determinante se expresa en los principios de conjunción/asociación de Hume –que luego Bradford Hill sistematizó [40]. Desde esta perspectiva la operación eficiente de una causa gracias a las conexiones externas de ésta con el efecto es lo que incide en efectos fenoménicos individuales; el principio del movimiento es la causación por conjunción o conexión externa con factores de un ambiente cosificado y fragmentado, una concepción del orden que conlleva a concluir que la acción de la salud pública es igualmente causal sobre factores de riesgo (figura 2).

No importa cuanto se sofisticue el sistema causal sigue siendo lineal y reduccionista, pues ni la formación de una red de causas –como en el modelo de MacMahon puede expresar la complejidad y el movimiento; y más

* Para los fines de este análisis se han escogido aquellos textos que corresponden en su inicio a los años 70, que podrían asumirse como iniciadores del paradigma, sin que en este preliminar inventario epistemológico incluya todos los que deberían estar.

aún, la cosificación de los procesos en factores se brinda para convertir realidades determinantes como la clase social en elementos cosificados y marginales de dicha estructura social (figura 3) [26].

Por otra parte la epidemiología *empírico ecológica de sistemas* (triada ecológica de Leavell & Clark) asume como orden el equilibrio de sistemas y subsistemas conectados, y la jerarquía está dada por las pulsiones de equilibrio y función [29] (figura 4).

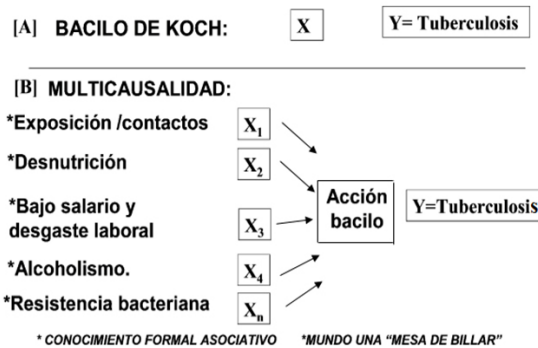


Figura 2. Modelo lineal causalista de la tuberculosis

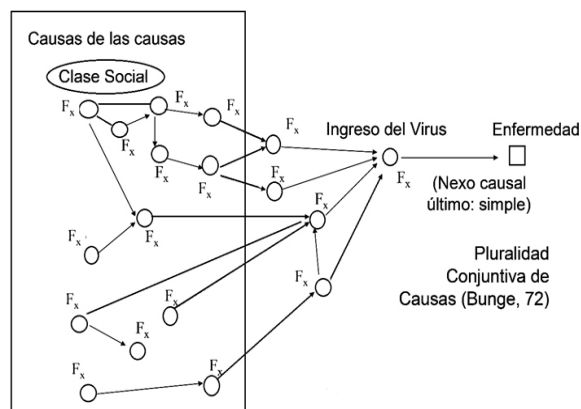


Figura 3. Modelo lineal multicausal de la hepatitis
Fuente: Breilh J. Epidemiología: Economía Política y Salud, 1979.

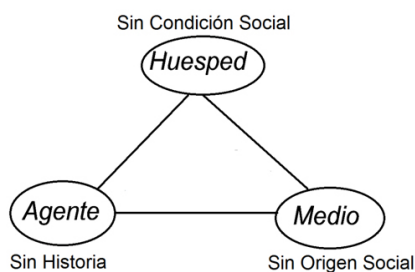


Figura 4. Epidemiología empírico ecológica de sistemas
Fuente: Historia natural de la enfermedad Leavell y Clark, 1965.

Pasando luego a los modelos de la epidemiología causal de transición —aquí la noción de transición se refiere a la apertura a asumir las estructuras sociales como parte del objeto. La obra de Mervin Susser es un paso inicial de esta línea. Reorganiza el causalismo en el marco de la teoría de sistemas, planteado de este modo:

“La evolución de los modelos causales en epidemiología nos ha llevado a la noción de sistema....los sistemas se relacionan mutuamente, contienen el uno al otro.... El universo tiene una existencia simultánea y cada nivel de organización está incluido en otro más complejo. Los átomos están contenidos por las moléculas, las moléculas por los cromosomas, los cromosomas por las células, y las células por los tejidos. Los órganos y sistemas fisiológicos están contenidos por los individuos y los individuos en los grupos sociales...Todos estos sistemas se hallan ligados [41].

A la luz de este razonamiento sistémico, la acción “depende de si tenemos en mente el miasma o los microorganismos, enzimas, moléculas, conducta humana o la estructura de las sociedades” con lo cual se expresa ya en 1973 una lógica que se anticipa a la de los impulsores del paradigma de los determinantes sociales en el 2007, los determinantes estructurales como una estructura causal externa [41].

De hecho, el paradigma de la llamada *epidemiología social* propugnado por la Comisión Mundial de la OMS sobre “determinantes sociales de la salud” es otro causalismo que explica también el orden bajo la noción causal. Representa un paradigma de transición crítica por que se abre a lo estructural, rompiendo el cerco de la visión más restrictiva de la epidemiología convencional, sin que represente un cambio de paradigma, en tanto convierte las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de la acumulación.

Con esto no es posible ofrecer una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado y de sus rotundas consecuencias en la salud; ni analizar el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social, ni abordar el metabolismo sociedad naturaleza (figura 5). Escogen la vía causal deificando categorías analíticas en factores o *causas estructurales*, que aparecen como abstracciones sonoras pero vaciadas de contenido crítico y de movimiento: *determinantes estructurales de inequidades* (gobernanza, políticas, cultura) y unos *determinantes intermedios* (circunstancia materiales, conductas y factores biológicos) [42].

Los organizadores teóricos de este modelo [42-44], asumen las dimensiones de lo general, particular y singular, como se propuso en América Latina, pero convirtiéndolas en niveles de variables o factores causales, armandoun modelo para trabajar limitadas y funcionales acciones de gobernanza, si bien proyectan una crítica so-

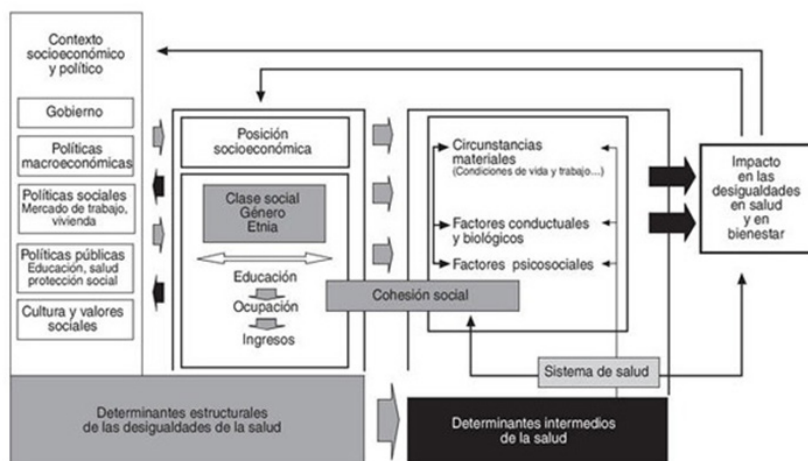


Figura 5. Modelo de determinantes sociales de la salud de la oms.
Fuente: Solar e Irwin, 2007.

cial y el discurso de una epidemiología renovada, recaen en los vicios interpretativos y limitaciones del causalismo.

En términos metodológicos presentan sus explicaciones más como un esquema formal de articulación de *variables*, y no se logra un modelo teórico categorial-capaz de interpretar el sistema social de mercado, en su estructura de propiedad, sus procesos de generación y reproducción de la explotación humana y de la naturaleza, ni logran identificar las correspondientes jerarquías de subsunción [45] entre el sistema social, los modos de vivir de los grupos estructuralmente constituidos y los estilos de vida de las personas con sus familias.

En la producción de dicho modelo se encuentran *ideas fuerza* de la producción crítica latinoamericana que circularon tempranamente por los canales de la salud pública progresista de la región e incluso por algunos del *mainstream* epidemiológico, aunque sus autores no reconocen las originales contribuciones latinoamericanas. La propia categoría determinación social, terminó de ese modo transmutada en *causa de las causas*; es decir, la noción emancipadora de *determinación social* terminó

convertida en la noción funcional de *determinantes sociales*, aptos para modificaciones de la gobernanza.

En el terreno de los paradigmas de la epidemiología crítica encontramos cuatro paradigmas. Dos de éstos, el de Laurell y el nuestro, se posicionan en el realismo crítico materialista del siglo XIX, aunque ofreciendo sustanciales innovaciones. Los otros dos, la etno-epidemiología de Almeida Filho y la eco-epidemiología de Krieger, retoman algunos elementos de los dos anteriores y se posicionan desde el pensamiento Habermasiano, y especificándose a una etnografía crítica en el primer caso, y en una ecología política con tesis emancipadoras de género, en el otro.

La perspectiva de la epidemiología eco-social [46-48] recupera la importancia de trabajar la salud en sus múltiples dimensiones y hace su propia lectura de categorías como *subsunción* y de la noción de *metabolismo de sociedad y naturaleza* y plantea la noción de *embodiment* (encarnación) y lo que llama las rutas de *embodiment*, que las explica como caminos en que se da la encarnación de las exposiciones y vulnerabilidades socialmente generadas en los organismos [49] (figura 6).

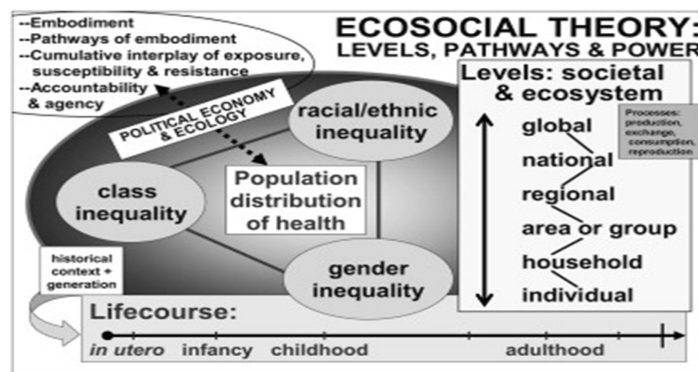


Figura 6. Modelo Eco-social y encarnación de inequidad Krieger
Fuente: Krieger, N. Epidemiology and the people's health: theory and context, 2012.

En la dimensión prática de la propuesta de Krieger el eje lo ocupan las nociones de rendición de cuentas o responsabilidad (*accountability*) y agencia o acción (*agency*) ligada a las disparidades e inequidad. A pesar de su valor, el desafío supera las posibilidades de estas nociones pues se trata de la transformación de las relaciones de poder construidas alrededor de un sistema acumulación y exclusión, que destruye la vida, y por tanto algo más complejo, que amerita el enfrentamiento estratégico, sobre una base popular, para una superación del sistema de contradicciones, y que en la propuesta de Breilh se organiza bajo la categoría perfil epidemiológico.

La diferencia con esta noción, en la epidemiología crítica de Laurell y Breilh, es un alejamiento de la noción lineal de ruta (*pathway*), planteando una comprensión dialéctica de proceso de determinación por generación y reproducción, donde opera el movimiento entre subsunción y autonomía relativa, para soslayar una posible interpretación lineal del movimiento de determinación (figura 7).

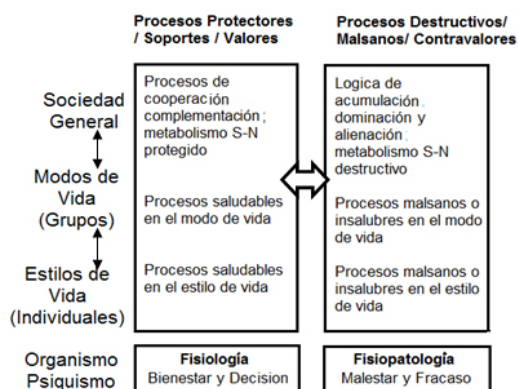


Figura 7. Perfil epidemiológico
Fuente: Breilh, 1976/1977

Como diría Donnangelo, desde este paradigma se incorporan las nociones de proceso y de lo colectivo. Mientras en la epidemiología convencional se enfoca fundamentalmente procesos individuales y lo social aparece apenas como “variables” externas que inciden en estados patológicos de personas; la epidemiología social asume los procesos colectivos o grupales como elemento irreductible a lo individual, y espacio de intervenciones [30].

De ahí la necesidad de asumir una lógica dialéctica que mantenga con vida los dos polos del movimiento de determinación (individual y colectivo) pero entendiendo el papel de cada uno. Un movimiento que Samaja describió acertadamente y que deja con vida los dos polos del orden: un proceso de generación de cambio que va de lo micro (individuo, más simple) hacia lo macro (social, más complejo); al que se opone dialécticamente un proceso de reproducción de las condiciones generales de la sociedad.

Visto así el orden de cosas, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino un que es proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o males-tares individuales, su curación y la prevención individual.

La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general.

En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza (figura 8). Claro que las partes implican niveles de complejidad variables, sujetos a ciertas condiciones dinámicas que tienen una estabilidad apenas relativa.

En el movimiento de la naturaleza y sus sistemas, la tendencia central no es la de un proceso de adaptación y

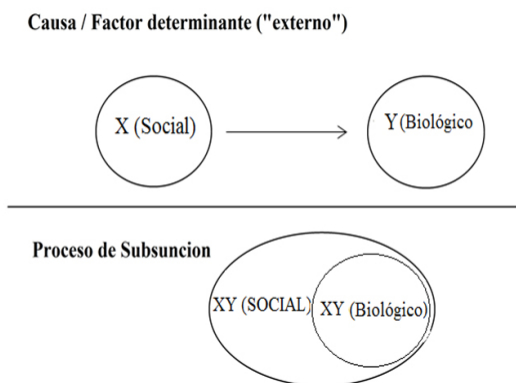


Figura 8. Subsunción: superación de la concepción lineal sobre la relación biológico- social
Fuente: Breilh, 1977/94

tendencia al equilibrio, tampoco es una relación externa entre diferentes sistemas, lo que hay es un movimiento de cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre los organismos y el ambiente [28].

El redimensionamiento del sujeto de la epidemiología

La interdependencia entre los tres elementos del conocimiento vuelve a mostrarse al analizar el desarrollo de las concepciones del sujeto en la epidemiología, un movimiento que implica diferencias notables

⁸ Habitus: categoría recuperada para la epistemología por Bourdieu (El poder simbólico, 1998) para “tratar la teoría como un *modus operandi* que orienta y organiza prácticamente la práctica científica.

no sólo en las nociones de identidad del sujeto y en sus concepciones generales sobre la realidad y la metodología, incluso en cambios radicales en las concepciones uniculturales y antropocéntricas que impregnaron el pensamiento académico.

Al contrastar los modelos epidemiológicos analizados, se pueden establecer contrapuntos en la forma de asumir cada uno de los atributos que dan cuenta de la concepción acerca del sujeto, para lo cual se proponen las siguientes categorías:

- Identidad. Rasgos propios frente a la colectividad y sociedad; conciencia de clase, de género y etno-cultural; conciencia de unidad y diversidad
- Concepción y relación con la naturaleza. Concepción sobre relación sujeto-naturaleza, separación o unidad S-N; visión de la importancia de la relación S-N para la salud y la vida; conciencia antropo, bio o sociobio céntrica.
- Recorte metodológico. De campo problemático, planos de la realidad y relación cuali-cuantitativo.
- Elemento activo del conocimiento. Preeminencia y centralidad de objeto, sujeto, praxis o su interdependencia.
- Criterio de verdad. *Habitus*[§] metodológico que permite demostrar las afirmaciones epidemiológicas veraces.
- Posición ética. Ethos de la práctica, en el sentido de forma característica e inclinación de “hacer el bien”
- Paradigma general de sustento. Marco teórico fundamental en que se sustenta modelo

Al contrastar estas categorías es posible constatar que en el paradigma lineal causal, el sujeto investigador enfoca y resuelve el control de riesgos o modificación de efectos en personas; desde una perspectiva de sujeto académico que se coloca por fuera de su sociedad y de la naturaleza, mirada que podría definirse como unicultural, antropocéntrica y por sus propios códigos y fundamentación, también como eurocentrada.

En el paradigma empírico ecológico el sujeto se enfoca en la sistemas ecológico-empíricos (*agente, huésped y ambiente*) que se interrelacionan externamente y por cuyo equilibrio debe trabajar. Es el sujeto técnico - académico que busca controlar los desajustes de los sistemas epidemiológicos, no transformar los procesos que subyacen a las expresiones sistémicas, ni transformar la sociedad.

El paradigma de los determinantes sociales es la perspectiva del sujeto institucional, enrolado en el poder público o en las agencias internacionales y que tiene como meta el logro de realizaciones técnicas (tipo metas del milenio) y se propone mejorar una gobernanza, corrigiendo las distorsiones mayores, o estructurales, que amenazan la legitimidad del orden social.

El paradigma etno-social corresponde a una identidad crítica académica, no se plantea el metabolismo

sociedad - naturaleza como parte de la determinación. Enfatiza en el poder explicativo de los modos de vida y una etnografía conectada a la reproducción social (movimiento de la cultura del vivir socialmente determinado; destaca la noción probabilística de riesgo en el esquema explicativo; y asume de ese modo como criterio la transformación del patrón de inequidad y de los riesgos.

Por su parte, el paradigma eco-social nace de una perspectiva del ecologismo crítico, motivada por la lucha de grupos sociales que trabajan por la equidad social, de género y etno-cultural; que le define una identidad necesariamente interdisciplinaria e intercultural y un posicionamiento crítico que busca construir demandas para la rendición de cuentas y responsabilidad del poder.

Finalmente, el paradigma de la determinación social se plantea en la interfase del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. Se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social.

El núcleo interpretativo de este paradigma es la unidad y diversidad social, ambiental y sanitaria que surgen en medio de la reproducción social y la condición *sine qua non* de conservar tanto en la interpretación como en la acción de la epidemiología la *unidad* de los procesos alrededor de la acumulación como forma de reproducción frente a la cual puede moverse, en su autonomía relativa, una génesis emancipadora saludable –como diría Samaja– creada por las clases, pueblos y comunidades afectadas por dicha forma de reproducción en su afán por construir un nuevo modelo civilizatorio que implique un metabolismo sociedad naturaleza protector y promotor de la vida.

No hay cabida en el eje vertebrador de este paradigma para colocar como objetivos estratégicos y centrales: ni la redistribución de ingreso y acceso a servicios; ni las medidas limitadas de gobernanza; ni las reivindicaciones aisladas culturales; ni las propuestas de negocio ecológico, es un paradigma que busca acompañar el esfuerzo histórico de los pueblos por derrotar y desmontar el sistema actual de acelerada acumulación de capital, exclusión social y destrucción de la naturaleza, con su modo civilizatorio consumista, contaminante y derrochador. Un paradigma que se piensa y avanza en trance de transformación integral de la sociedad capitalista no sólo para conseguir metas puntuales –convencionalmente medidas en indicadores de *calidad de vida*, como los de ingreso, educativos, y sanitarios- sino para

emancipar a la sociedad y conseguir la vigencia plena de los 4 rubros de la vida: sustentabilidad, soberanía, solidaridad y salud/bioseguridad integral.

Este paradigma sustenta que, sólo en ese marco es posible liberar la economía de su lógica de la muerte y de su esclavitud respecto al valor de cambio para rescatar el profundo valor de uso de las cosas; liberar la política de su papel de dominación y hegemonía para construir una auténtica y autárquica conducción público-social; liberar la cultura de su papel alienante que distorsiona no sólo la educación y expresiones espirituales como el arte, sino aun recursos de la espiritualidad popular como la religión; y finalmente liberar al ser humano de ese destructivo antropocentrismo, que le hizo colocar a la madre naturaleza como instrumento poseído en lugar de ser la matriz de la vida.

La epidemiología para tornarse emancipadora, a la par que requirió una revolución metodológica, debió adquirir una identidad que sólo podría ser legítima adhiriendo a la visión profunda de un cambio civilizatorio frente a un sistema social inviable e incompatible con la vida y la salud.

El desafío principal al enfrentar las ideas y métodos de la epidemiología lineal, era evitar el reduccionismo causal-lineal, y hacerlo sin caer en el determinismo mecánico de la totalidad social. La idea de no confundir determinación con determinismo, como lo ha sido explicado ampliamente en otros textos [39]. En efecto, el reto interpretativo era sustituir el pensamiento lineal por el pensamiento complejo, lo que iba de la mano con un reto filosófico y praxiológico.

Era necesario superar una noción enclavada en el pensamiento moderno de los años 70 y 80 de que era inevitable organizar la vida social alrededor de la valorización del valor y juzgar las cosas por su valor de cambio, una herencia ideológica y cultural muy fuerte, filtrada en la lógica de la salud pública funcionalista. Para entender que la salud no es una mercancía, que los elementos que se le relacionan no son mercancías y que es la sociedad la que ha deslindado su valor de uso. Echeverría había comprendido este rasgo del capitalismo con claridad y su relación con la cultura y la ideología:

“el ethos de la Modernidad capitalista o el ethos del productivismo...centrado en la valorización del valor como forma distorsionante de la reproducción social....cuyas tendencias ideológico culturales que caracterizan y permiten la reproducción de la modernidad capitalista son: una perspectiva modernista antropocéntrica; un progreso consumista; el urbanicismo; el economicismo; y el individualismo” [50].

En esta *episteme* –en términos foucaultianos– de la Medicina Social, era necesario rescatar para la salud el concepto de valor de uso, que Marx opone al pensamiento moderno, para hacer “estallar el horizonte de inteligibilidad”[51] de la epidemiología. De ahí surgió la idea

de introducir la lógica de la contradicción en el proceso de salud y plantear que en la salud hay una oposición en todos los procesos entre lo que responde al valor de uso y en contraste al valor de cambio, entre lo que nos sirve, protege, da soporte y es saludable y lo que daña, deteriora, desmejora y es malsano.

En ese punto nació la idea de las oposiciones en cada dimensión del perfil epidemiológico entre los valores y los contravalores, o mejor, entre el lado saludable y malsano de cada experiencia y condición de nuestras vidas, de la vida de los grupos y de la sociedad en su conjunto. Única manera de conectar de modo inherente, interno, esencial y extendido los efectos en salud con el sistema social dominante, no como algo externo a la vida, sino como algo interno que nos subsume; única manera de superar el pensamiento lineal funcionalista en la salud pública [9].

La determinación social y el replanteamiento hacia una praxis emancipadora

Tal como hemos argumentado, la praxis es el elemento que sustenta y determina la relación objeto-sujeto, y es determinada por estos igualmente. Es en la práctica epidemiológica donde se muestran las profundas implicaciones de los distintos paradigmas y sus construcciones objetivo-subjetivas, pero es además donde se hacen evidentes las proyecciones que benefician o afectan intereses sanitarios y ambientales estratégicos.

Como las sociedades regidas por la acumulación de capital están profundamente escindidas y generan un choque de intereses sociales, la praxis epidemiológica se sitúa siempre en la encrucijada de afectar intereses privados cuando se enrola en la construcción del bien común mayoritario. Para un análisis de la praxis se proponen las siguientes categorías:

- El objeto estratégico de transformación. El recorte del campo de acción, elementos y relaciones básicas de la epidemiología que establece el paradigma.
- Las relaciones sociales y ambientales en el trabajo epidemiológico. La perspectiva desde las que se mira el tipo de relación con sujetos sociales de la población y con la naturaleza.
- El papel de la participación en el conocimiento/incidencia. La forma y grado de involucramiento de los sujetos sociales en el conocimiento / incidencia
- El grado de desarrollo de la acción intersubjetiva / intercultural. Formas y grado de interculturalidad e interdisciplinariedad del quehacer.
- El vínculo histórico de la praxis. El modelo estratégico con el sector social vinculado.

El paradigma lineal de las causas y factores de riesgo al asumir una concepción fraccionaria de la realidad y al sujeto situado por fuera y aparte de la realidad social y la naturaleza, es el caso de una práctica focalizada en dichos factores y graduada de acuerdo a la magnitud y frecuencia de las variables/indicadores que los expresan con sus efectos. El paradigma ecológico empírico amplía el espectro de visión al ambiente pero convertido éste en un campo adicional de variables contextuales.

En correspondencia con la visión positivista de la separación del sujeto respecto a los objetos de la realidad y siguiendo la lógica lineal del orden, la epidemiología positivista separa lo social (x =causa) de lo biológico (y = efecto en los organismos).

Desde este paradigma se asume la lógica de la perspectiva individual del liberalismo que esgrime que los cambios provienen de individuos movilizados por su libre albedrío que se agrupan y finalmente provocan cambios que se expresan en lo colectivo. Desde esta perspectiva la ciencia debe reconocer las características de los individuos, con ellas actuar desde y sobre los individuos; y de ese modo cosechar efectos secundarios positivos en la sociedad. Aquí lo social permanece *invisible*.

En un extremo inverso estará el paradigma determinista colectivo (social mecánico), para el cual el orden social está determinado desde las instancias colectivas de las organizaciones, operando sobre el dominio general, provocando de ese modo efectos en los grupos y finalmente cosechando efectos en los individuos. Desde esta visión el problema radica en reconocer características de las sociedades, sus sistemas de poder; actuar desde y sobre los Estados, instituciones y organizaciones; para cosechar efectos secundarios positivos en los individuos que aparecen como polo pasivo, igualmente invisibilizado. En esta perspectiva se desprecia la contribución de las movilizaciones y operaciones locales o individuales como polo esencial y también generativo del cambio.

Desde el paradigma de los determinantes sociales se coloca en el eje de la praxis la noción de gobernanza definida como “gestión pública participativa y reticular...la puesta en práctica de estilos de gobernar en los que se han difuminado los límites entre los sectores público y privado” [52]. Complementariamente se dice que “alude a un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico, pero también del mercado, caracterizado por un mayor grado de interacción y de cooperación entre el Estado y los actores no estatales en el interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado” [53].

Cabe destacar la intención de superación del control jerárquico o vertical por parte del Estado, y que se rompa con el principio neoliberal del control del mercado. Igualmente la apertura hacia una gestión en salud participativa y *reticular*, así como la tesis de que hay que difuminar los límites entre los sectores públicos y privados como vía para eliminar el autoritarismo oficial.

En estas ideas radican potenciales indicios para una democratización de la acción epidemiológica, sin embargo aprendizajes históricos han enseñado que en contextos de grandes asimetrías en las relaciones de poder, las buenas intenciones y conceptos como estos terminan convertidos en armas de hegemonía, pues quién define a dónde llevan el que se difuminen los límites entre lo público y lo privado o la participación; no son definitivamente las intenciones de actores técnicos quienes lo hacen, sino las fuerzas mayores que subyacen en la política. Ello explica como esto se está convirtiendo en ruta de privatización y debilitamiento del papel rector de lo público, en vehículo de una imposición pública no democrática.

El paradigma eco-social otorga centralidad a la lucha contra la inequidad y busca construir una mejor abogacía y rendición de cuentas a favor de los grupos sometidos a inequidad; trabaja específicamente en las que su autora denomina *rutas de encarnación* de los efectos de lo social en las personas y su biología.

El paradigma de la epidemiología crítica trabaja, en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica), mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busca alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico es el apoyo desde la ciencia epidemiológica a la defensa de los derechos. Una investigación y monitoreo enfocados en los procesos críticos de la salud, y proyectados hacia el horizonte de una nueva civilización que pueda ser saludable y biosegura, produciendo conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas para la rendición de cuentas y control social sobre los grandes dominios de la determinación social general que se expresan en las 4 “S” de la vida (civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura).

En el marco de este paradigma, se asume como meta fundamental e irrenunciable de la lucha sanitaria la denuncia y proposición de alternativas frente a la acumulación de capital como principio rector, de los sistemas laborales que destruyen masivamente la salud en los espacios de trabajo, de los patrones consumistas que degradan los modos de vivir, y para lograr el control y un giro total de la lógica extractivista y derrochadora de la industria que degrada también la relación sociedad - naturaleza.

No es posible lograr estas metas actuando sobre factores, ni ajustando artificialmente sistemas, ni tampoco buscando mejoras en la gobernanza. Por ello el paradigma de la determinación social es una herramienta para el avance de la justiciabilidad y exigibilidad de derechos sistemáticamente conculcados [54].

La epidemiología crítica contiene por tanto una vocación expresa de derrotar la civilización actual para construir la salud, no remozarla ni pretender tornarla saludable. La epidemiología es pragmáticamente utópica; para serlo tiene que ser en modo teórico y aplicado,

cuantitativa y cualitativa; académica y popular; filosófica, económico política, sociológica, antropológica, histórico geográfica y ecológica; tiene que ser brazo de ruptura y no de gobernanza de la salud pública.

Para ubicar su abordaje o proyección práctica podemos situarlo en relación con los tres elementos del *triángulo de la política* [55]: a) un proyecto emancipador para la salud (teoría crítica sanitaria y proyecto estratégico de incidencia sobre los procesos críticos de la determinación social); b) un bloque social articulado de sujetos-comunidades afectados y movilizados; y c) un cuerpo de conocimientos científicos y herramientas técnicas usadas y rediseñadas en dirección al avance de los dos otros elementos.

Por consiguiente el campo de esta epidemiología crítica es sólo parcialmente académico; asume que ni en los tópicos o problemas más especializados debe incurrirse en el error de pensar que la academia es la única voz cantante, como tampoco puede pensarse que sin un riguroso bagaje científico podemos enfrentar los desafíos de la crítica, defensa y proposición sanitarias [56].

De ahí se desprende, en lo que respecta al papel en las instituciones académicas, las cinco tareas nodales de la universidad crítica: 1) impulso del conocimiento y la investigación crítica; 2) desarrollo de instrumentos técnicos para la operación de cambios hacia la vida saludable; 3) avance de herramientas para el control social, veeduría y rendición de cuentas de los responsables de las políticas y la gestión; 4) consolidación de mecanismos de construcción intercultural e interdisciplinaria de la investigación / incidencia; y 5) con lo anterior, su contribución al empoderamiento democrático sanitario [57].

Para la epidemiología crítica el tema no es la inequidad aislada, sino el cambio integral del sistema social de acumulación/mercado que impide la construcción de las 4 “S” de la vida y la transformación del modelo civilizatorio en los cinco espacios claves donde la reproducción social media la construcción de la salud, o en otros términos, donde se expresan los mecanismos inmediatos de subsunción de la inserción social, con los genotipos y fenotipos de las personas y con los ecosistemas respectivos (figura 9).

Para eso, la epidemiología crítica ha debido modificar su lógica y el arsenal de sus categorías, para poder enfocar, explicar e incidir como una herramienta científica de ruptura, en la construcción de justicia sanitaria en dichas 4 expresiones fundamentales de una vida digna y saludable y los derechos humanos: la liberación respecto al sistema económico-social de acumulación y reproducción de relaciones de poder no soberanas, no solidarias y de profunda inequidad; la liberación respecto de la dominación cultural en todas sus formas interdependientes de género, etno-culturales; la liberación respecto a una construcción destructiva del metabolismo sociedad - naturaleza para conquistar la justicia ambiental y proteger los

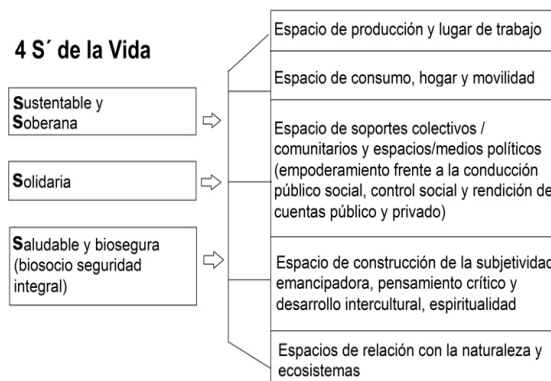


Figura 9. Procesos Críticos en la Determinación del Vivir Saludable. Fuente: Breilh J. Aceleración agro industrial: peligros de la nueva ruralidad del capital, 2011.

bienes y derechos de la naturaleza frente a una producción no sustentable, del despojo y de su destrucción.

La determinación social de la salud y la construcción de una nueva ética para la salud colectiva

En términos más actuales preocupa una asimilación acrítica de categorías de potencial uso epidemiológico como las de *buen vivir*; *calidad de vida* y *vida saludable*, que han proliferado en los vademécum técnicos o que incluso han sido promovidos a la categoría de principios constitucionales en algunos países. Si no se comprende la necesidad de articularlos a la determinación social de la acumulación de capital terminarán convertidos en simples términos del neo-funcionalismo.

Echeverría nos alerta sobre el error más frecuente de una lectura ligera o desaprensiva acerca de la determinación, sobre la vida espiritual, la cultura y la salud, con su interpretación dialéctica de la determinación de la materialidad social, como también nos informa de los errores del socialismo al concebir la construcción de una materialidad alterna equivocada, reproduciendo la lógica capitalista bajo el Estado socialista. En sus textos encontramos claves importantes para lo que hemos llamado una rebeldía esclarecida para el siglo XXI, para que no se nos filtre un funcionalismo remozado en el *buen vivir* o el *vivir saludable* que defendemos [57].

Una vez en este punto, y habiendo recorrido una panorámica explicación de los fundamentos y requisitos que exige la determinación social, como una herramienta para innovar la gestión, se está en condiciones de esclarecer cuáles son los fundamentos de una nueva ética de la salud. No una bioética, sino una ética integral de la salud que implica la bioética pero mucho más (figura 10).

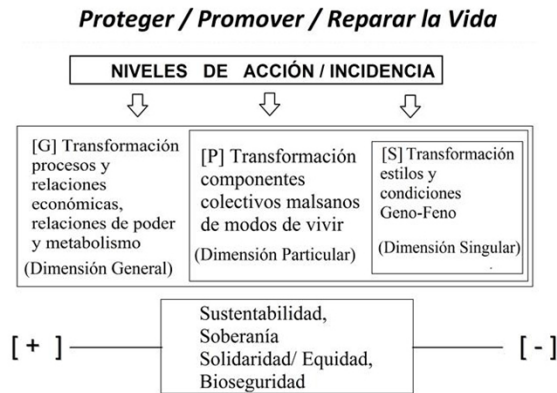


Figura 10. Ética de la salud colectiva

El desarrollo del paradigma esbozado no solamente se proyecta hacia un cambio de la epidemiología sino que también puede apoyar el replanteo de las bases teóricas e instrumentales en el campo de la salud en su dimensión clínica.

Elementos como la definición de casos; construcción de protocolos basados en evidencias; diseño de sistemas de evaluación y monitoreo; la construcción de una práctica clínica intercultural y asimilación de terapias integrativas; el avance de programas de promoción y prevención en los servicios, etc. son apenas algunos ejemplos de cómo el nuevo horizonte de visibilidad para la salud que se abre puede informar el desarrollo de la práctica clínica y armonizar su relación con una práctica epidemiológica igualmente renovada (figura 11).

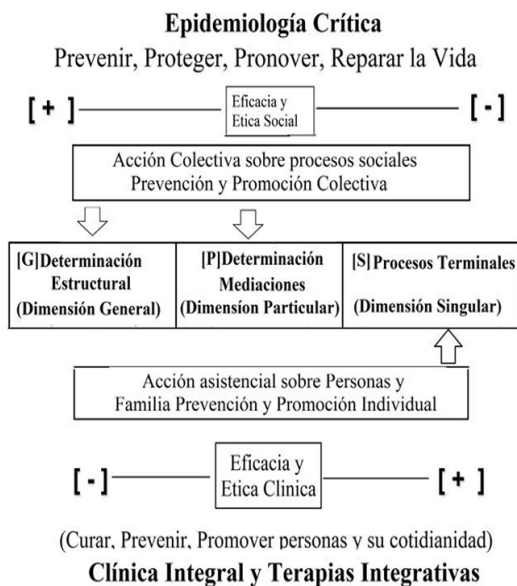


Figura 11. Eficacia y ética social de la epidemiología crítica

Una vez que hemos recorrido un camino que nos llevó desde las raíces de nuestra propuesta hasta los desarrollos más recientes podemos volver al principio retomando la pregunta ¿qué es en definitiva la epidemiología crítica que proponemos?

La respuesta puede enfocarse e integrarse desde las tres distintas facetas de la salud, en tanto objeto, concepto y campo de acción (figura 12). Sintetizando así: la epidemiología crítica es el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o sea en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, en líneas de acción que signifiquen al mismo tiempo una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad.

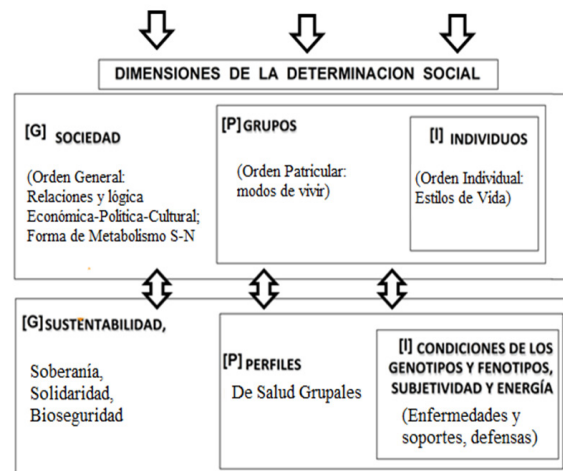


Figura 12. La salud un objeto multidimensional

Agradecimientos

A Carolina Morales, Juan Carlos Eslava y los participantes del seminario interdoctorados *bases teóricas de la determinación social del proceso salud enfermedad*, por sus aportes a un debate esclarecedor; y a Gabriel Jaime Otálvaro C., por su acertado apoyo en la elaboración de este texto.

Referencias

- Kuhn T. A Estrutura das Revoluções Científicas. 9ª Ed. São Paulo: Perspectiva; 2006. p. 215-257
- Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998. p.60-61
- Solórzano A. *¿Fiebre Dorada o Fiebre Amarilla? La Fundación Rockefeller En México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1997.
- Breilh J. “El vínculo entre producción negligente, débil justicia y ciencia comprada: ¿colusión?” En: Informe de Derechos Humanos Ecuador 2012, ed. Programa Andino de Derechos Humanos. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2013.
- Breilh J. Eugenio Espejo: la otra memoria: nueva lectura de la historia de las ideas científicas. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
- Waitzkin H. Medicine and public health at the end of empire. Boulder: Paradigm Publishers; 2011. p. 9-10.
- Sigerist H. Civilization and Disease. New York: Cornell University Press; 1944.
- Rosen G. A history of Public Health. New York: MD Publications; 1958.
- Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad”. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977.
- Laurel AC, Blanco G, Velásquez N, Machetto T, Palomo J, Pérez R, et al. Enfermedad y desarrollo rural: análisis sociológico de la morbilidad de dos pueblos mexicanos. Int J Health Serv 1977;7:401-423
- Laurel AC. La Salud-enfermedad Como Proceso Social. Revista Latinoamericana de Salud 1982; 2: 7-25.
- Samaja J. Epistemología y epidemiología. Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología; 1992..
- Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Eudeba; 1993.
- Almeida-Filho N. Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciencia Epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus; 1989.
- Almeida-Filho N. 2000. La Ciencia *Tímida*: Ensayos De Deconstrucción De La Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial: Universidad Nacional de Lanus; 2000.
- Donnangelo C. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
- Tambellini AM. “O trabalho e a doença.” En: Guimarães R, organizador. Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978. p. 93-119.
- Ayres R. Sobre o Risco: Para Comprender a Epidemiologia. Sao Paulo: HUCITEC; 1997.
- Victora C, Barros F, Vaughan P. Epidemiologia De La Desigualdad: Un Estudio Longitudinal de 6.000 niños brasilenos. Washington: OPS; 1992.
- Victora C, Huttly S, Fuchs S, Olinto M. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: a Hierarchical Approach. Int. J. Epidemiol 1997; 26 (1): 224-227. doi:10.1093/ije/26.1.224.
- Duarte E. Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y perspectivas. Montevideo: OPS – CIESU; 1986.
- Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC.. Debates en Medicina Social. Quito: OPS-ALAMES; 1991.
- Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. Lancet 2001;358(9278):315-23.
- Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. American Journal of Public Health 2001; 91(10): 1592-1601. doi:10.2105/AJPH.91.10.1592.
- Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. 7ª ed. Quito: Corporación Editora Nacional - Universidad Andina Simón Bolívar; 2010. p. 35-44.
- MacMahon B. Principios y métodos de la epidemiología. México: La Prensa Médica Mexicana; 1975.
- Rothman KJ. Modern epidemiology. 3ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Levins R, Lewontin R. The Dialectical Biologist. Cambridge: Harvard University Press; 1985. p. 1-2.
- Leavell H, Gurney C. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: McGraw-Hill; 1965.
- Donnangelo C. Aula em Curso de Medicina Social. São Paulo: Associação dos Sociólogos do Estado de São Paulo; 1982.
- Breilh J. Lo agrario y las 3 ‘s’ de la vida. En: Tierra y agua: interrelaciones de un acceso inequitativo. Quito: SIPAE Ediciones; 2010. p. 10-23.
- Breilh J. Aceleración agroindustrial: peligros de la nueva ruralidad del capital. En: *¿Agroindustria y soberanía alimentaria?: hacia una nueva Ley de Agroindustria y Empleo Agrícola*, 171-190. Quito: SIPAE Ediciones; 2011.
- Breilh J. Hacia una redefinición de la soberanía agraria: ¿Es posible la soberanía alimentaria sin cambio civilizatorio?. En: Comercialización y soberanía alimentaria, ed. Francisco Hidalgo, PierrilLa-croix, and Paola Román, 45-56. Quito: SIPAE Ediciones; 2013.
- Breilh J. Las Tres ‘S’ De La Determinación De La Vida: 10 Tesis Hacia Una Visión Crítica De La Determinación Social De La Vida y La Salud. En: Determinação Social Da Saúde e Reforma Sanitária, ed. Roberto Nogueira. Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010. p. 87-125
- Breilh J. Eugenio Espejo: La Otra Memoria: nueva lectura de la historia de las ideas científicas. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
- Breilh J. El Proceso Juliano: pensamiento, utopía y militares solidarios. Cuenca: Corporación Editora Nacional: Universidad Andina Simón Bolívar; 2011.
- Breilh J, Tillería Y. Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2009.
- Marcovic M. Dialéctica de la Praxis. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1972
- Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- Bradford A. The Environment and Disease. Association or Causation. Proc R Soc Medicine 1965; 58: 295-300.
- Susser M. Causal Thinking in the Health Sciences. New York: Oxford University Press; 1973. p. 13-14.

- 42 Solar, Orielle, and Alec Irwin. 2007. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve: Commission on Social Determinants of Health
- 43 Timothy E, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. The Social Basis of Disparities in Health. En: Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. New York: Oxford University Press. p. 13–23.
- 44 Marmot MG, Wilkinson R. Social Determinants of Health. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2006.
- 45 Breilh J. Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda.” En: Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D.C.: OPS; 1994. p. 63-100.
- 46 Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?»Social Science & Medicine 1994; 39(7): 887-903. doi:10.1016/0277-9536(94)90202-X.
- 47 Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective». International Journal of Epidemiology 2001; 30(4): 668–677.
- 48 Krieger N, Dorling D, McCartney G. Mapping injustice, visualizing equity: Why theory, metaphors and images matter in tackling inequalities. Public Health 2012; 126(3):256-258.
- 49 Krieger N. Epidemiology and the people’s health: theory and context. New York: Oxford University Press; 2012.
- 50 Echeverría B. Modernidad y Capitalismo (15 Tesis).” Cuadernos Políticos [revista en Internet] 1989; 58: 41–62. [Acceso 12 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.58/CP58.41.BolivarEcheverria.pdf>
- 51 Echeverría B. Valor De Uso y Utopía. México: Siglo XXI Editores; 1998.
- 52 Natera A. La noción de gobernanza como gestión pública participativa y reticular. Universidad Carlos III de Madrid, Departamento de Ciencia Política y Sociología; 2004. p.5
- 53 Rhodes R. The New Governance: Governing without Government.” Political Studies 1996; 44 (4): 652–667. doi:10.1111/J.1467-9248.1996.tb01747.x.
- 54 Breilh J. Hacia Una Construcción Emancipadora Del Derecho a La Salud.” En *¿Estado Constitucional De Derechos?: Informe Sobre Derechos Humanos, Ecuador 2009*. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2010.
- 55 Matus, Carlos. Adiós Señor Presidente. Santiago: LOM Ediciones; 1998.
- 56 Breilh J. Hacia una universidad soberana de excelencia y crítica: los principios y caminos de su responsabilidad social.” Revista Textos y Contextos 201;7 (12): 39–49.
- 57 Breilh, Jaime. La subversión del buen vivir (Rebeldía esclarecida para el Siglo XXI). Salud Colectiva 2011;7(3): 389–397.