35. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, Altman DG. Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: A guide to misinterpretations. Eur J Epidemiol. 2016;31:337-350.

36. Wasserstein R, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a world beyond "p < 0.05." Am Stat [Internet]. 2019;73(sup 1):1-19. Disponible en: https://doi.org/10.1080/00031305.2019.1583913.

37. Palencia-Sánchez F. La búsqueda de las relaciones causales: el desafío del ejercicio diario de un epidemiólogo. Rev Médica Risaralda. 2012;18:165-171.

38. Universidad Carlos III de Madrid. Introducción a la causalidad. Disponible en: http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/amalonso/esp/bstat-tema1c.pdf.

39. Ramis R. La causalidad compleja: ¿Un nuevo paradigma causal en epidemiología? Rev Cuba Salud Pública, 2004;30(3):1-13.

40. De Gortari E. Causalidad y determinismo. Dianoia. 1960;6:22-43.

41. Laza-Vásquez C. Causalidad en epidemiología. Investig Andin. 2006;8:5-17.

42. Talavera JO, Wacher-Rodarte NH, Rivas-Ruiz R. Investigación clínica III. Estudios de causalidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(3):289-294.

43. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social. Subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. 245 p.

44. Almeida-Filho N. Towards a unified theory of health-disease: I. Health as a complex model-object. Rev Saude Publica. 2013;47:433-450.

45. Almeida-Filho N. Towards a unified theory of health-disease: II. Holopathogenesis. Rev Saude Publica. 2014;48:192-205.

46. Greenland S. Invited commentary: The need for cognitive science in methodology. Am J Epidemiol. 2017;186(6):639-645.

Epidemiología crítica latinoamericana

Oscar Feo Istúriz[1], *Ana María Rodrigues Rodrigues*[2] y *Rubén Darío Gómez-Arias*[3]

Presentación del capítulo

El interés por la dimensión social de la salud y la enfermedad, incorporado al discurso epidemiológico por la medicina social europea, se expandió también al continente americano y ha inspirado experiencias sanitarias de gran importancia en nuestros países. En América Latina, la historia de siglos de colonialismo, expropiación y empobrecimiento configuró un contexto de desigualdad social, miseria, violencia, enfermedad y muertes prevenibles, que hizo crisis a mediados del siglo XX. En este periodo, diversos pensadores latinoamericanos, reconociendo las limitaciones de las explicaciones positivistas vigentes en la salud pública y la epidemiología euro-anglo-céntrica, retomaron valores y enfoques de la medicina social y se propusieron generar modelos teóricos y prácticos que contribuyeran a la comprensión y transformación del proceso salud-enfermedad. En este capítulo estudiaremos el origen, las tendencias, los alcances y las limitaciones de los principales enfoques epidemiológicos que se han venido desarrollando en América Latina desde 1960. Se espera que la discusión del texto facilite a los docentes y estudiantes la comprensión y valoración de estos planteamientos y su vigencia frente a la actual situación de salud en la región.

Antecedentes de la epidemiología crítica latinoamericana

La medicina social surgió en Europa a fines del siglo XVIII como reflejo de los principios liberales de la Ilustración y la Revolución francesa. Posteriormente, en

1 Médico. Especialista en Salud Pública, Universidad Central de Venezuela. Especialista en Salud Ocupacional, Universidad McGill, Canadá. Magíster en Ciencias, Universidad McGill, Canadá. Profesor titular, Universidad de Carabobo, Venezuela. Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón, Venezuela. ORCID ODI: 0000-0003-2205-2592. Correo electrónico: oscarfeo@msn.com

2 Médico-cirujano. Especialista en Epidemiología. Máster Internacional en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Instituto Internacional de Estudios Globales para el Desarrollo, Málaga, España. Afiliación institucional, Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón, Venezuela. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6143-684X. Correo electrónico: anamrodriguez2013@gmail.com

3 Médico. Magíster y Doctor en Salud Pública. Docente universitario, Universidad CES, Medellín. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4707-4862. Correo electrónico: rubengomez33@gmail.com

el siglo XIX, acogió el pensamiento de diversos científicos y movimientos sociales que conmovieron a dicho continente. En América Latina, algunos salubristas incorporaron sus principios, lo que dio lugar a un conjunto de movimientos no solamente conceptuales, sino éticos y políticos, que se fueron configurando como un campo interdisciplinario interesado por los aspectos económicos y sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y las formas de organizar los servicios de salud.

Más que un pensamiento homogéneo, la epidemiología crítica latinoamericana se ha desarrollado como un conjunto de principios conceptuales y prácticos, organizados en diferentes vertientes que coinciden en destacar la importancia nuclear del carácter social e histórico de la existencia humana, enfatizando en la determinación de las condiciones sociales sobre las formas que asume la vida en los diferentes grupos y sobre el proceso salud-enfermedad. En esa perspectiva, se encuentran y contraponen con la salud pública y la epidemiología tradicionales.

Para comprender el alcance de estos planteamientos, es necesario revisar el contexto social en el que surgieron y se vienen desarrollando sus propuestas.

A comienzos del siglo XX, América Latina experimentaba una compleja situación política y social. Los países apenas estaban superando las heridas de sus luchas de independencia, y en cada uno de ellos las facciones dominantes se enfrentaban en luchas civiles por el poder y promovían la conformación de Estados modernos a la usanza de los regímenes liberales europeos. Se había alcanzado una relativa independencia política, pero seguía dominando una cultura colonial que en el pensamiento crítico latinoamericano se ha nombrado como la colonialidad del poder, del saber y del ser (1-4).

A mediados de 1950, finalizada la Segunda Guerra Mundial, el panorama internacional era complejo y conflictivo. El mundo enfrentaba una guerra fría entre dos modelos de sociedad opuestos: el capitalismo y el socialismo, liderados respectivamente por Estados Unidos y la Unión Soviética. En Latinoamérica, la desigualdad y la pobreza, el analfabetismo y las precarias condiciones de vida de amplios sectores de la población, determinaban una elevada mortalidad general, materna e infantil; problemas que en su gran mayoría eran fácilmente prevenibles. La situación llegó a puntos críticos y fue generando un descontento social que se expandió por el continente, dando lugar a un fuerte movimiento migratorio del campo a la ciudad y a condiciones socioeconómicas profundamente inequitativas que propiciaron el desarrollo de movimientos revolucionarios en varios de los países.

La situación de deterioro social y de tensión política en Latinoamérica estuvo marcada por la confluencia de tres procesos: la guerra fría entre Estados Unidos y la Unión Soviética, los cuales imponían sus modelos económicos en sus regiones

de influencia; la expansión de los modelos europeos de bienestar en los países de Europa, derivados de las intensas luchas de los trabajadores, y la presencia de regímenes militares dictatoriales en buena parte de la región. En este contexto de conflicto y profunda crisis social desempeñaron un papel muy importante el triunfo de la Revolución cubana, en 1959, y los esfuerzos de los países capitalistas para evitar la expansión del comunismo, amortiguar los conflictos internos en cada país y mantener el orden social norteamericano. Con estos objetivos, Estados Unidos, la banca internacional y los organismos de cooperación internacional, impulsaron en Latinoamérica un modelo desarrollista clásico que se denominó Alianza para el Progreso, basado en varios supuestos que se aceptaban como verdades universales. El modelo desarrollista clásico proponía que el desarrollo económico y social era un proceso lineal; el mundo estaba dividido en países desarrollados y subdesarrollados y las regiones más pobres (subdesarrolladas) saldrían de su atraso en medio de aquellas políticas económicas que permitieran el avance pleno del capitalismo. En ese contexto, muchos países latinoamericanos pusieron en marcha sus planes de desarrollo acudiendo al endeudamiento, lo que incrementó su dependencia frente a los bancos.

Las políticas implantadas por el modelo desarrollista clásico generaban una división del trabajo, en la cual los países de la periferia capitalista intercambiaban productos agrícolas o minerales por productos industrializados que provenían del centro desarrollado; el paradigma político vigente estimulaba a los gobiernos para adoptar los aspectos formales de los Estados europeos de bienestar, los cuales nunca llegaron a consolidarse realmente en la región y promovían la realización de intervenciones estatales usando préstamos que endeudaban más a los países.

Los promotores del modelo económico capitalista afirmaban también que el crecimiento económico mejoraba automáticamente la salud. Sin embargo, y paradójicamente, a pesar de algunos avances, lo que se observaba era un deterioro progresivo de las condiciones de vida y de los indicadores sanitarios en los países de la región.

Desarrollismo clásico

El liberalismo, desarrollado en Europa por el capitalismo naciente, es un movimiento económico, político e ideológico que ha dominado el pensamiento y la cultura de los últimos doscientos años. Uno de sus principales paradigmas ha sido el desarrollismo, una ideología que concibe al desarrollo y el progreso social como un proceso evolutivo de acumulación de capital y bienes de consumo, el cual ocurre siempre de forma mecánica y lineal, conduciendo la sociedad de la pobreza a la riqueza y del subdesarrollo al desarrollo.

Los postulados del desarrollismo clásico podrían resumirse en cinco supuestos:

1. El crecimiento económico debe entenderse como el aumento de la riqueza; es el objetivo de toda política económica y tiene que ser el centro de los esfuerzos políticos.
2. El desarrollo social se define como un proceso cuantitativo, ligado al crecimiento económico, reflejado en la acumulación de riqueza y materializado en el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB). El enfoque desarrollista reduce la consecución del bienestar a la acumulación de la riqueza y al aumento en el consumo de mercancías, cuyo éxito suele medirse con un indicador extremadamente deficiente, el PIB, que promedia de forma artificial la riqueza desconociendo el trabajo de "cuidado", que es fundamental para la reproducción social y que es realizado en un alto porcentaje por mujeres.
3. El desarrollo económico de los pueblos sigue un movimiento lineal por etapas, que van siempre desde lo tradicional a lo moderno (desde la agricultura hacia la industrialización), y todos los países deben lograr estas etapas de desarrollo de forma similar.
4. El desarrollo de los países llamados "pobres y subdesarrollados" se logra mediante la implantación de modelos económicos de libre competencia que les permitan acceder a los mercados mundiales, en el marco de una clásica división internacional del trabajo. Para los años sesenta, los defensores del desarrollismo clásico proponían que la vocación económica y la "fortaleza" de Latinoamérica era exportar materia prima, particularmente de tipo agrícola o mineral, e importar productos industriales provenientes de los países ricos. Según los teóricos del desarrollismo clásico, la aplicación de esta medida iba a generar un mercado que distribuiría la riqueza y permitiría el desarrollo de América Latina. Adicionalmente, y para complementar su crecimiento, los países de la región podían asegurar y mantener su autonomía económica acudiendo a préstamos externos ofrecidos por la banca internacional mediante los organismos de cooperación.
5. El desarrollismo clásico fue acogido rápidamente por la mayoría de los gobiernos latinoamericanos y generó en pocos años un aumento acelerado de su deuda externa, apoyada y legitimada por el gobierno norteamericano, por las élites locales y por los economistas liberales. Es muy importante anotar que el modelo desarrollista clásico propuesto para América Latina era muy distinto al modelo keynesiano de los europeos,

el cual proponía una inversión social en las necesidades básicas y una redistribución de la riqueza social.

El planteamiento desarrollista desconoce hasta hoy que el capitalismo es un sistema mundial generador de "subdesarrollo", pues su motivación fundamental es la concentración del capital en unas pocas manos, la cual reproduce y profundiza las desigualdades sociales. Oculta también que el capitalismo *per se* es una maquinaria que concentra la riqueza y produce subdesarrollo y pobreza, lo que en salud se traduce en enfermedad y muertes prevenibles.

La Cepal y el estructuralismo latinoamericano

En 1948, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) creó la Comisión Económica para América Latina (Cepal) como una de sus dependencias, con sede en Santiago de Chile, y con la responsabilidad de orientar las políticas económicas de esa región. A pesar de la vigencia del desarrollismo clásico y de las teorías económicas neoclásicas, los funcionarios de la Cepal habían sido testigos de la crisis económica y social generada por la Segunda Guerra Mundial, y estaban más inspirados por el pensamiento keynesiano, el marxismo y por las escuelas estructuralistas e institucionalistas del centro de Europa, particularmente por la Escuela de Frankfurt. Para varios de los expertos de la escuela cepalina, el capitalismo era un modelo económico esencialmente conflictivo y desequilibrado, cuyos cambios no correspondían a un avance lineal, sino a saltos cualitativos en el tiempo.

En el caso de América Latina, los pensadores de la Cepal consideraban que se había impuesto un tipo de comercio inequitativo entre los países ricos del centro industrializado, los cuales vendían a los países pobres sus productos industriales costosos y les compraban en cambio materia primas a bajo precio. Algunos de los directivos y teóricos económicos de la Cepal, como el argentino Raúl Prébisch (1901-1986) y el brasileiro Celso Furtado (1920-2004), proponían una política económica diferente, denominada por algunos "desarrollismo latinoamericano", muy distinta al desarrollismo clásico. Su propuesta promovía industrializar las economías latinoamericanas impulsando un desarrollo productivo dirigido por Estados fuertes.

Según el planteamiento de la Cepal, el comercio internacional reflejaba una estructura política y económica dominada por los intereses de un centro industrializado que consideraba a los países latinoamericanos como "periféricos". Este modelo económico estructural centro-periferia, que especializaba a los países ricos para exportar productos industriales costosos y a los países "pobres" para

exportar materias primas baratas, no solamente era la causa del subdesarrollo de América Latina, sino que lo perpetuaba, generando una fuerte relación de dependencia política y económica. En este sentido, los países "no desarrollados" deberían abandonar las políticas económicas impuestas por las economías del centro y generar Estados fuertes, capaces de impulsar una política de desarrollo social estructural. América Latina necesitaba centrarse entonces en desarrollar una industrialización activa, capaz de superar su dependencia de los países ricos; los gobiernos debían asignar subsidios a la elaboración de productos nacionales que sustituyeran a los productos importados más costosos y, al mismo tiempo, controlar el libre comercio, que arruinaba la región imponiéndole barreras y altos aranceles a las importaciones. Adicionalmente, el modelo de la Cepal consideraba que era importante regular el intercambio monetario protegiendo las economías locales para no dejarlas expuestas a la libre iniciativa de los mercados. Las medidas estructuralistas de la Cepal iban en contravía del modelo de mercado libre y competitivo propuesto por los economistas liberales, quienes consideraban que la protección de las economías locales era perjudicial y se referían despectivamente a ellas como "medidas proteccionistas". A pesar del liderazgo de la Cepal y del prestigio académico de sus teóricos, las políticas estructuralistas no fueron adoptadas por las élites que gobernaban en América Latina, quienes asumieron en cambio el modelo desarrollista clásico impulsado por Estados Unidos, en el contexto de las políticas de "Alianza para el progreso".

La teoría de la dependencia y el "sistema mundo"

Hasta la década de 1960, el enfoque económico predominante en las Américas se basaba en los conceptos de "países desarrollados/países subdesarrollados" y "desarrollo/subdesarrollo". El desarrollo social era entendido como proceso evolutivo, suponiendo que si los países subdesarrollados cumplían con los lineamientos del modelo podrían alcanzar el nivel de los países del centro desarrollado.

Desde América Latina, un grupo de científicos sociales, dentro de los que se destacan los brasileños Ruy Mauro Marini, Theotônio dos Santos(5) y Vânia Bambirra(6), desarrollaron un planteamiento opuesto a los conceptos dominantes de desarrollo-subdesarrollo. En opinión de estos pensadores, para que haya países desarrollados debe haber también países subdesarrollados, pues ambas categorías son consustanciales. Sobre este argumento construyeron una teoría explicativa a partir de la categoría dependencia, que se asemeja a los conceptos de sistema capitalista mundial y centro-periferia enunciados por Samir Amin (7) desde África. Dichos planteamientos coincidían en la necesidad de establecer programas y políticas anticapitalistas, ya que en una economía capitalista la dependencia y la división internacional del trabajo hacen realmente imposible alcanzar el "desarrollo".

A finales de la década de los ochenta, se produjo un cambio en el escenario histórico de América Latina y el mundo: la desintegración de la Unión Soviética y el derrumbe del bloque socialista desencadenaron un proceso de mundialización y globalización del capitalismo, el cual llevó a algunos teóricos (8) a plantear el "fin de la historia" y dio origen a un conjunto de políticas de ajuste económico estructural promovidas por economistas de la Reserva Federal de los Estados Unidos, el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y el gobierno norteamericano. Dichas políticas, conocidas como el "Consenso de Washington" (9, 10), reflejaban el acuerdo político de las élites financieras para impulsar reformas privatizadoras, debilitar el papel del Estado y desarrollar los mercados no regulados; su aplicación dio inicio a la era del neoliberalismo que se expandió por América Latina y el resto del planeta. A este respecto, el economista Joseph Stiglitz (11), quien fuera vicepresidente del Banco Mundial en esa época, publicó una severa autocrítica al modelo, donde señala el fracaso de las políticas neoliberales y su impacto nocivo mundialmente. Stiglitz señalaba que el objetivo fundamental de las políticas neoliberales era reducir el tamaño y el papel del Estado en la sociedad, para permitir la concentración de la riqueza y el predominio de los agentes financieros, y advertía que su aplicación iba a empeorar la situación de las economías latinoamericanas.

Por la misma época, desde Estados Unidos, el científico social Immanuel Wallerstein desarrolló un análisis de la historia del capitalismo sobre el cual formuló su teoría de "sistema mundo" (12, 13), rechazando la noción de tercer mundo y señalando que hay un solo mundo capitalista y globalizado. La propuesta de Wallerstein de que el mundo actual se configura como un sistema fuertemente integrado alrededor de reglas que definen las interacciones de los individuos y los grupos, coincide con el enfoque de Samir Amin (7), quien planteaba que dicho sistema capitalista mundial se caracteriza por cinco grandes monopolios: nuevas tecnologías, flujos financieros, acceso a recursos naturales del planeta, medios de comunicación y redes sociales y armas de destrucción masiva.

Como señala Katz, Wallerstein se encontró también con la teoría de la dependencia (14) e hizo dos planteamientos especialmente importantes para comprender la situación mundial; en primer lugar, que la unidad de análisis de las ciencias sociales no fragmentadas y abiertas a la complejidad no debería seguir basándose en una noción de sociedad construida sobre la idea de los Estados nación, sino en el "sistema mundo" concebido como una zona espaciotemporal que atraviesa múltiples unidades políticas y culturales, que obedecen a reglas sistémicas. Desde esta perspectiva, los actuales Estados nación tienen muy poca autonomía relativa

en un sistema mundo muy fuerte, articulado por tres ejes:1)un sistema económico mundial integrado; 2) un sistema conformado por naciones aparentemente "soberanas", pero cuya interrelación e intercambio disminuye sustancialmente su autonomía y en las cuales se hace patente un desarrollo desigual, y 3) un sistema cultural que da coherencia y legitima a ese sistema mundo y al que llama una geocultura; este último concepto coincide parcialmente con lo que Gramsci (15, 16) describió como hegemonía, referida al consenso capaz de reproducir las relaciones de poder y las formas políticas que caracterizan el capitalismo. Uno de los planteamientos centrales del "sistema mundo" es su organización en centro-periferia, con una marcada división del trabajo. Adicionalmente, Wallerstein propuso su propia visión del futuro y su planteamiento de que ese "sistema mundo" está en su crisis terminal. El reconocimiento de que la humanidad se ha configurado como un mundo fuertemente integrado alrededor de reglas que promueven y protegen la acumulación y la concentración de la riqueza, es una noción clave para comprender más adelante los cuestionamientos del pensamiento crítico en Europa y en América Latina.

La medicina social y la salud colectiva en América Latina

En el siglo XIX, las grandes movilizaciones sociales y políticas que sacudieron a Europa, médicos, científicos y luchadores sociales europeos acuñaron el término medicina social. Particularmente, se atribuye a Virchow, patólogo alemán, haber definido la medicina como una ciencia política y social en contraposición con el pensamiento unicausal dominante en la época (17, 18). Virchow en Alemania, Jules Guérin en Francia y William Farr en Inglaterra, planteaban que el origen fundamental de la enfermedad estaba en la sociedad y en las condiciones de pobreza de la población. Ya lo había hecho también Johann Peter Frank, siendo profesor de la Universidad de Pavía en 1790, en su escrito *La miseria del pueblo, madre de las enfermedades* (19-21). A pesar del aporte intelectual de estos pensadores europeos, el enfoque que predominó en las ciencias dominantes en el mundo occidental seguía siendo el paradigma unicausal, que llegó a América Latina, donde expandió un modelo médico hegemónico centrado en la biología y la enfermedad (22).

En los años siguientes, dicho modelo biomédico se extendió a los países latinoamericanos que aplicaban los principios tradicionales eurocéntricos de la salud pública y la medicina preventiva, cuyos enfoques de la salud reproducían el higienismo, la medicalización, la perspectiva colonialista y el monismo metodológico del positivismo. Desde mediados de 1960, y en medio de la crisis social, económica y política que la concentración violenta de la riqueza estaba generando en la

región, se produjo, desde los principios de la medicina social, un movimiento de confrontación con el paradigma biomédico que se fue expandiendo en América Latina.

Varios políticos y pensadores latinoamericanos, conscientes de las precarias condiciones que los países industrializados y las élites locales imponían a la población, y además políticamente comprometidos con un modelo económico más justo, incorporaron a sus análisis teorías y prácticas procedentes de las ciencias sociales, en especial del marxismo y la sociología. Algunos de los precursores de este pensamiento fueron el ecuatoriano Eugenio Espejo (1747-1795), y ya en el siglo XX Salvador Allende en Chile y Ramón Carrillo en Argentina, ambos ministros de salud en sus países, quienes enfatizaron el carácter eminentemente social de la salud y la enfermedad. Otros promotores de la nueva perspectiva fueron Henry Sigerist (Suiza-Estados Unidos), Giovanni Berlinguer (Italia), Hugo Pesce (Perú), Héctor Abad Gómez (Colombia) y Gustavo Molina (Chile), cuyos planteamientos defendían una posición ideológica y política contraria al modelo capitalista, considerando que sus principios y prácticas impedían a la población lograr una vida digna y saludable. La perspectiva política emancipadora y la lucha contra los contenidos colonialistas de la ciencia positivista se fueron incorporando a la medicina social en la región como categorías esenciales del enfoque.

A mediados de 1960, varios médicos y salubristas latinoamericanos (23, 24), entre los cuales se destacan el argentino Juan César García (25, 26), médico pediatra formado en sociología, quien se desempeñaba como coordinador de investigaciones en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la médica salvadoreña María Isabel Rodríguez y el ecuatoriano Miguel Márquez, cuestionaron los principios de la medicina preventiva y la salud pública tradicional. Sus críticas destacaban las limitaciones de esos enfoques, principalmente las siguientes: el error de considerar a la población como una suma de individuos clasificados convencionalmente por el analista y analizados por fuera de su contexto social e histórico; el análisis descontextualizado de los problemas, su generalización y extrapolación de una población a otra sin tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de los grupos, y la pobre participación de los médicos y salubristas en la transformación social, materializada en su desinterés por los contextos económicos y sociales; la debilidad teórica y metodológica de la salud pública tradicional para enfocar estos asuntos de manera crítica y su escaso compromiso con los cambios sociales por fuera del hospital.

En el fondo, las críticas de estos pensadores apuntaban también a los fundamentos del paradigma positivista imperante en los modelos de salud pública importados desde Europa y Estados Unidos, cuyos postulados desconocían sistemáticamente la influencia de las condiciones históricas y socioeconómicas sobre el

proceso salud-enfermedad, se negaban a reconocer la importancia de incorporar en los análisis de la salud los conceptos y las técnicas de las ciencias sociales, y subestimaban el compromiso y la responsabilidad transformadora del conocimiento.

En un contexto de crisis social y debate político académico, fue emergiendo en América Latina un nuevo paradigma con fuerte influencia del marxismo, de la economía política y también de la Revolución cubana, donde la construcción de un sistema de salud único, público y universal se convirtió en referencia política para el movimiento.

Dicho pensamiento incorporó también fundamentos de otras corrientes, tales como la pedagogía liberadora (Paulo Freire), la teología de la liberación (Gustavo Gutiérrez), la filosofía de la liberación (Enrique Dussel), la decolonialidad (Aníbal Quijano) y más tarde la indagación orientada críticamente (teoría crítica) (27-32). Estos movimientos, profundamente arraigados en el pensamiento independentista latinoamericano e indigenista, conforman lo que hoy se denomina el pensamiento crítico latinoamericano; aunque algunos prefieren llamarlo "nuestroamericano". Le dedicaremos unas líneas más adelante.

Este nuevo enfoque concibe la salud y la enfermedad como resultado de procesos de producción y reproducción que ocurren al interior de la sociedad, y considera que la salud-enfermedad de las poblaciones está determinada por la "clase social" y las condiciones materiales de existencia, especialmente por aquellos procesos mediante los cuales toda sociedad genera sus medios de subsistencia y se reproduce como grupo. Los pensadores latinoamericanos promotores de esta corriente consideraban que la salud y la enfermedad no son eventos aislados o fenómenos estáticos como aparecen en la definición formal de "estado de completo bienestar", acogida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por el contrario, señalan que la salud es un proceso cambiante, complejo y dinámico que se va configurando en el tiempo y la sociedad, y que solo pueden entenderse a la luz de las condiciones concretas en las que la gente nace, vive y trabaja; consideraban, además, que la salud no puede entenderse sin tener en cuenta aquellas relaciones que generan exclusión, explotación y desigualdades, y que se materializan en formas diferenciadas de enfermar y morir. Estas condiciones, que cambian a lo largo de la historia del grupo, explican cómo y por qué algunas personas enferman y mueren tempranamente y otras no, configurando lo que desde la epidemiología se denomina perfiles de salud-enfermedad.

La perspectiva latinoamericana conserva varios de los principios de la medicina y la epidemiología social europea, pero a la luz de sus compromisos teóricos y políticos, considera que el objetivo de la epidemiología no debe limitarse a describir o explicar los problemas, sino a usar los conocimientos como herramientas

de cambio y transformación, para poner en marcha acciones emancipadoras que liberen de la injusticia a la población.

América Latina cuenta con muchos exponentes del pensamiento surgido en la medicina social; entre ellos, Mario Testa y Juan Samaja (Argentina), Asa Cristina Laurell y Catalina Eibenschutz (México), Jaime Breilh y Edmundo Granda (Ecuador), Alberto Vasco y Saúl Franco (Colombia), Francisco Rojas Ochoa (Cuba), Pedro Luis Castellanos (Venezuela), Sergio Arouca y Cecilia Donnangelo (Brasil) y Vicente Navarro (Estados Unidos-España), quien, a pesar de no ser latinoamericano, es considerado pionero del movimiento crítico. Estos pensadores se han destacado por su producción teórica y política, y han sido actores fundamentales del avance de este pensamiento.

Más que un paradigma acabado, el pensamiento epidemiológico que se ha desarrollado y fortalecido en América Latina expresa un conjunto de compromisos teóricos y prácticos que configuran un modelo académico y político en construcción, el cual se apoya en los principios del marxismo y el pensamiento crítico, y que a pesar de sus diferentes matices y heterogeneidad conceptual, comparte en general los siguientes principios (23, 26, 33-37):

1. Enfoque dialéctico. En relación con la salud-enfermedad, el pensamiento latinoamericano se apoya en los principios de la dialéctica marxista, especialmente, en lo que se refiere a la historicidad de la realidad, la condición siempre cambiante de los fenómenos, sus dimensiones de lo general, particular y singular, el metabolismo sociedad-naturaleza, la importancia de reconocer las contradicciones para comprender los cambios y la necesidad de recurrir a la praxis como criterio para validar el conocimiento. Según estos principios, la salud y la enfermedad se entienden como un proceso social e histórico, sujeto a cambios permanentes, los cuales ocurren y se configuran en condiciones históricas particulares, en lo que se ha denominado la producción social de la salud. Desde la perspectiva dialéctica se considera que los grupos enferman y son saludables de manera diferente a lo largo del tiempo, de acuerdo con sus propias condiciones materiales y sociales de existencia.
2. Determinación social. La corriente latinoamericana asume también que la salud y la enfermedad no son solamente asuntos biológicos, individuales, concernientes a la medicina clínica, sino la manifestación de procesos sociales concretos de tipo económico, ideológico y político que se dan en un grupo. Dichos procesos sociales deben ser revelados y valorados en profundidad por los analistas porque ellos configuran (determinan) la aparición y perpetuación de la salud-enfermedad. El enfoque de determinación social reorienta su interés desde los individuos aislados hacia la comprensión de la población y su organización social. Según su perspectiva, todo problema de salud tiene

una dimensión social ineludible; responde siempre a condiciones históricas y solo puede entenderse apropiadamente si se tiene en cuenta el contexto que lo determina. El compromiso teórico con la determinación social del proceso salud-enfermedad, exige a los pensadores latinoamericanos desarrollar y aplicar enfoques teóricos y metodológicos que permitan estudiar ordenadamente los grupos humanos y develar las estructuras y los procesos sociales que actúan bajo las apariencias. A diferencia del enfoque tradicional en salud pública, que analizaba las poblaciones como meros agregados de individuos, la medicina social reconoce las limitaciones de la estadística para dar cuenta de los atributos esenciales de la sociedad, y considera que tanto las poblaciones como las instituciones deben considerarse organizaciones sociales complejas, es decir, totalidades con identidad propia, cuyos atributos esenciales no son el resumen, sino el resultado dinámico de la interacción entre los individuos del grupo y sus formas de producir. En otras palabras, en lugar de considerar las poblaciones como agregados estadísticos de individuos, la corriente latinoamericana propone enfocar los grupos humanos como organizaciones sociales heterogéneas y cambiantes, pero con identidad e historia propias. Para dar cuenta de los procesos sociales, la epidemiología crítica latinoamericana se apoya en conceptos y categorías provenientes del materialismo histórico y la economía política, tales como "modo de producción", "formación económico-social", "metabolismo social", "reproducción social", "clase social", "relaciones sociales", "alienación" y "praxis"

3. Análisis contextualizado de la salud en la sociedad. Al estudiar los problemas de salud, la medicina social y la salud colectiva se apartan de los análisis epidemiológicos tradicionales, los cuales usualmente estudian los problemas de salud-enfermedad solo en su dimensión singular individual, fuera de su contexto social. Estos pensadores proponen una ruta inversa que caracteriza las condiciones históricas y socioeconómicas de la población de interés. Una vez que se ha comprendido su dimensión general, se procede a la identificación y el análisis de la dimensión particular, considerando los problemas de cada uno de los subgrupos en estrecha relación con sus modos de vida. Las condiciones sociales e históricas no son entonces variables adicionales o complementarias, como las concibe la epidemiología clásica, sino producto de la determinación social que existen con anterioridad al problema analizado y que configuran su esencia y su apariencia. Las dimensiones general y particular constituyen la clave para comprender la dinámica del problema y la manera de enfrentarlo. La corriente latinoamericana se preocupa también por las especificidades de los individuos, pero considera que estas solo pueden entenderse en relación con las condiciones particulares del grupo y las condiciones generales del momento histórico (35).

4. Apertura metodológica. En lo que se refiere a la metodología, los enfoques latinoamericanos mantienen una posición amplia que les permite combinar métodos de las ciencias naturales, las ciencias sociales y el saber popular. Proponen también superar la dualidad cuantitativa-cualitativa al combinar técnicas y procedimientos de ambos métodos. Sin embargo, insiste en que las investigaciones e intervenciones sobre los procesos de salud-enfermedad deberían realizarse con y desde la participación social, en el ámbito de una investigación participativa dirigida a la transformación de la realidad social.

5. Compromiso político. La corriente latinoamericana no es solo un campo del saber. Es también, y principalmente, un movimiento político emancipador comprometido con la defensa del derecho a la salud, la lucha activa contra el capitalismo y el neoliberalismo, la protección de los principios de dignidad, la soberanía y el respeto de las personas y los pueblos; así como la defensa de la relación armónica con la naturaleza. La corriente crítica latinoamericana, en sus diferentes vertientes, no se propone solo como un espacio académico de reflexión, sino como un movimiento social opuesto abiertamente al neoliberalismo, al que se considera responsable de la inequidad creciente en la región. En esta misma línea de pensamiento, se opone también al monismo positivista, cuyos rituales no solamente impiden hacer análisis críticos de la situación, sino que operan como un dispositivo colonialista que reproduce y mantiene la inequidad y las condiciones de dependencia. Aunque ya ha sido señalado, se enfatiza que el encuentro de la medicina social y la salud colectiva con el pensamiento crítico se nutre de conocimientos y aportes del marxismo, del pensamiento decolonial, la teología de la liberación, la teoría de la dependencia, con su evolución hasta el sistema-economía-mundo, la economía política, la ecología política, el feminismo emancipador y las epistemologías del sur, y comprende y asume el carácter civilizatorio de la crisis del capitalismo.

   La medicina social y la salud colectiva, siendo parte del pensamiento crítico latinoamericano, reafirman su compromiso con la responsabilidad transformadora del conocimiento y consideran que la teoría y la práctica deben realimentarse permanentemente para mejorar las condiciones de vida de los grupos humanos. Desde diversas posiciones, la medicina social y la salud colectiva luchan por construir una nueva sociedad que pueda satisfacer las necesidades humanas, promover una mayor felicidad social y garantizar el derecho a la salud. En esa perspectiva, una de las categorías clave de la salud colectiva es la participación popular como eje de la construcción colectiva de la salud y de las políticas y sistemas de salud, lo que propicia el encuentro permanente con movimientos y organizaciones sociales.

6. Salud como derecho, no como mercancía. Este pensamiento se caracteriza por concebir la salud como derecho humano y social fundamental, y como un bien público que no puede ni debe ser sometido a la lógica del mercado. En tal sentido, combate las diversas versiones y modalidades de pensamiento privatizador, que abierta o encubiertamente hacen del cuidado de la salud una mercancía. Desde esta perspectiva, la defensa de lo público y el énfasis en la construcción de sistemas universales, únicos e integrales y controlados por los Estados sociales de derecho, se consideran una de las características centrales de este pensamiento.

El pensamiento latinoamericano en salud se ha extendido por el continente y se ha enriquecido con los aportes de intelectuales y activistas sociales, y con el apoyo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), organización política y académica creada en Brasil en 1984.

En el desarrollo de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana podríamos reconocer cuatro periodos:

- Un periodo inicial, formativo, que corresponde a los años sesenta y setenta, que resalta los esfuerzos del núcleo fundador conformado por Juan César García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez, quienes desde la OPS promovieron la creación en Brasil y México de los primeros posgrados de medicina social del continente y la formación de cuadros basados en esa concepción de la salud. Durante este periodo, la agenda del movimiento era la crítica al funcionalismo, la deconstrucción de la metodología empírico-positivista y la propuesta de reconceptualizar la salud y la enfermedad como expresiones de un proceso social e histórico.
- Un periodo de diversificación del conocimiento que se produjo en la década de 1980 y coincide con el inicio de las políticas neoliberales de privatización. Se creó ALAMES, y la agenda del movimiento se centra en luchar por el derecho a la salud y contra las políticas neoliberales privatizadoras. Adicionalmente, el movimiento incorpora otras categorías como trabajo, género y etnia.
- En los noventa se produjo la crisis del bloque socialista, que coexistía con un periodo de cierto estancamiento político de los procesos democráticos y con el predominio casi total de las ideas neoliberales en el mundo. En el campo de la salud pública latinoamericana, sin embargo, se observa un desarrollo importante de experiencias de gobierno locales y una consolidación de conocimientos, con casos notables en la Ciudad de México, Rosario, Porto Alegre y Bogotá, entre otros.
- En la primera década del siglo XXI, la crisis generada por los ajustes y las reformas privatizadoras se hacen cada vez más evidentes. En diversos países de América Latina emergen reacciones contra el modelo socioeconómico neoliberal, que permiten a grupos de la medicina social y la salud colectiva acceder y participar en los gobiernos progresistas, tal como sucedió en Venezuela, Brasil, Paraguay, Bolivia y El Salvador. La agenda en ese periodo se concentró en la propuesta de construcción y desarrollo de sistemas universales e integrales de salud y la participación social. Vale destacar que es en este periodo cuando se adopta formalmente la denominación salud colectiva, a partir de la influencia y experiencia de Brasil, donde desde su inicio la medicina social se llamó salud colectiva. En el desarrollo de ese movimiento en Brasil, han desempeñado un papel importante la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), el Centro Brasileiro de Estudios de Salud (CEBES) y la Fundación Oswaldo Cruz, centros de acción de científicos, sanitaristas y militantes que impulsaron la reforma sanitaria brasileña desde la lucha contra la dictadura.
- Desde 2010, el pensamiento crítico latinoamericano en salud ha entrado en un periodo de crítica y autocrítica, centrado en evaluar las experiencias de gobierno apoyadas por la medicina social y la salud colectiva, y en consolidar sus propuestas enfocando la agenda hacia una comprensión de la crisis global del capitalismo. El movimiento ha focalizado su lucha en la construcción de un nuevo modelo civilizatorio, la vinculación con los movimientos sociales y la consolidación de las propuestas de la epidemiología crítica.

La denominación "salud colectiva", adoptada por la epidemiología latinoamericana, destaca tres aspectos esenciales: la apertura a otras organizaciones y prácticas sociales que trascienden el acto médico y la medicina; su interés integral, centrado más en la salud que en la enfermedad, y su reconocimiento de que la manera de entender y atender la salud es una construcción colectiva en permanente desarrollo. Hoy, se asume que la medicina social y la salud colectiva son la misma corriente de pensamiento, y en esa perspectiva ALAMES (39), que es una de las muchas expresiones de la medicina social y la salud colectiva en el continente, cambió su nombre y pasó a llamarse Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva.

Como pensamiento y acción, la salud colectiva incluye tres dimensiones complementarias:

- Un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto-sujeto "salud", y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan desde varios ángulos. La salud se entiende como parte de la vida, articulada a la estructura social y por tanto dotada de historicidad. Este conocimiento incluye aspectos biológicos y sociales que determinan la forma como cada grupo produce la salud y las enfermedades de sus integrantes, en cada contexto histórico, pero donde lo social subsume lo biológico.
- Una práctica social que incluye las acciones realizadas por diversos agentes, instituciones y organizaciones sociales, que no se limitan al sector de los servicios médicos. Para esta corriente no es posible la construcción social de la salud sin la participación de las comunidades y de los movimientos sociales. No se trata de una participación manipulada ni tutelada desde el gobierno, sino de una participación protagónica y real promovida desde los sistemas de salud y desde movimientos sociales autónomos, capaces de participar en la planificación, el control y el desarrollo de los programas y de los servicios de salud.
- Una conceptualización de la salud como derecho humano y social, fundamental en la construcción de ciudadanía y soberanía sanitaria. La salud no es solo un derecho humano individual; es también, y, sobre todo, un derecho social colectivo que forma parte indisoluble del derecho a la vida. Por esa razón, debe ser garantizada por el Estado, con amplia participación ciudadana, mediante la construcción de sistemas públicos y universales de salud que formen parte de sistemas integrales de protección social.

Ámbitos de acción de la medicina social y la salud colectiva

La salud colectiva asume tres espacios complementarios, fundamentales para la acción: la academia, los sistemas de salud y los movimientos sociales.

- La academia es entendida como el espacio de formación de profesionales y producción de conocimientos, que incluye la universidad y los centros e institutos de formación e investigación. La salud colectiva plantea la necesidad de crear ciencia y profesionales comprometidos con la emancipación y la soberanía sanitaria. Buena parte de los militantes de la salud colectiva trabajan en universidades y son docentes investigadores que confrontan permanentemente el pensamiento hegemónico y el modelo colonialista del saber, impulsando una nueva forma de comprender e intervenir la saiud.

- Los sistemas de salud son también un espacio de acción para el pensamiento crítico latinoamericano porque muchos de los militantes y trabajadores que asumen la medicina social y la salud colectiva lo hacen desde los servicios, desde ministerios de salud y desde instituciones que proporcionan cuidado y atención a la población.
- El tercer espacio de acción está conformado por los trabajadores, los movimientos y las organizaciones sociales, que participan en las luchas por el derecho a la salud y contra la privatización de los servicios desde los sindicatos, las organizaciones gremiales y los movimientos sociales dedicados a la lucha contra la violencia de género y por un feminismo emancipador. Este espacio incluye también la defensa del ambiente contra las nuevas modalidades de acumulación y despojo que se basan en el extractivismo, y la conversión de la naturaleza en mercancía, lucro y ganancias individuales. El espacio de la epidemiología crítica involucra también los movimientos indigenistas, ambientalistas, feministas, los procesos interculturales y la protección de los migrantes.

En resumen, la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas pretenden ser una respuesta contrahegemónica y emancipadora que confronta al modelo biomédico vigente de una salud pública centrada en la enfermedad, y funcional al mercado y al capital, en sus propósitos de medicalizar la vida y mercantilizar la salud.

Pensamiento crítico latinoamericano

La medicina social y la salud colectiva forman parte del pensamiento crítico. Por ello, consideramos importante hacer unos breves comentarios, en relación con las características de ese pensamiento, particularmente en su dimensión latinoamericana.

El pensamiento crítico reconoce que las diferentes formas de conciencia social se generan a partir de las condiciones materiales de existencia y los modos de producción, vida y consumo. A este respecto, Gramsci desarrolla una categoría clave: la hegemonía, entendida como el proceso por medio del cual las clases que dominan al mundo y la sociedad se adueñan de nuestra "subjetividad" y construyen un "sentido común" muy alejado de la realidad. La hegemonía incorpora, dentro del repertorio ideológico del común de la gente, un conjunto de conceptos e ideas convenientes a las clases dominantes, con el objetivo de garantizar el consenso político ideológico que permita reproducir las relaciones de poder y mantener

el "orden" establecido. La hegemonía es la dominación del mundo a partir de la difusión de la cultura y los "valores" de los dominadores, para garantizan su control político sobre la sociedad. Quijano (1, 2), por su parte, utiliza el término colonialidad para referirse a un patrón de poder que asegura la persistencia de las relaciones de dominación, a pesar de los procesos de independencia política desarrollados a lo largo de la historia; en su concepto, el sistema mundo capitalista y su pensamiento hegemónico y colonial, se apropian de nosotros, de nuestros pensamientos y de nuestras acciones.

En el sistema mundo descrito por Wallerstein (12) predomina un pensamiento occidental moderno que domina la sociedad y es la base de la hegemonía y la colonialidad del poder, el cual presenta las siguientes características: 1) un euro-anglo-centrismo definido como la dominación del mundo por las epistemologías del norte, cuyos principios desconocen y deslegitiman los aportes y saberes de otras culturas, convirtiéndolos en folklore; este fenómeno es calificado por De Sousa (40) como un epistemicidio, y no es otra cosa que la liquidación sistemática de nuestros saberes y formas de pensar, suprimiendo los conocimientos, las experiencias y las formas de vida propias de los pueblos dominados y explotados; 2) el establecimiento de sistemas jerárquicos basados en la clase social, la raza y el sexo, dando primacía al hombre blanco en una sociedad patriarcal y racista; 3) la idea de que la sociedad está por encima de la naturaleza; según esta regla, el ser humano domina la naturaleza y puede hacer con ella lo que le plazca, y 4) el argumento de que el individuo está por encima del colectivo y debe orientarse por valores como la competencia con los otros y el bienestar individual.

Reconociendo el poder de la hegemonía y la colonialidad, todo proceso de transformación social que pretenda superar la alienación y la inequidad implica necesariamente combatir la cultura hegemónica dominadora por medio de un pensamiento crítico; un nuevo sentido común que no es otra cosa que la forma de percibir y explicar la realidad que vivimos, superando las restricciones que la cultura le impone al pensamiento.

La noción de pensamiento crítico es una categoría esencial de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. El premio Libertador al Pensamiento Crítico, que otorga cada año el gobierno de Venezuela, lo define como aquel proceso de análisis que asume una posición comprometida con la defensa de la humanidad, y que aporta a la construcción de una nueva sociedad bajo los principios de justicia, libertad, igualdad y paz. El pensamiento crítico va más allá de las categorías idealizadas del discurso, analizando los hechos desde las experiencias del grupo, el debate y los alcances éticos de la práctica; con el propósito de dar cuenta de la realidad del mundo, en cualquiera de los campos de la actividad social. Desde las *Epistemologías del Sur* (40),el pensamiento crítico cuestiona la

forma como se produce el conocimiento en la sociedad capitalista; rompe con las imposiciones políticas, metodológicas y teóricas del monismo hegemónico y la colonialidad del saber, y, sobre todo, busca comprender al mundo para transformarlo en beneficio de la sociedad.

El pensamiento crítico se considera un requisito para descubrir por qué pensamos como pensamos, comprender la sociedad o el "sistema mundo", revelar su estructura y su dinámica, entender la estructura de las condiciones materiales de existencia que determinan de forma diferente la vida y la salud de las clases sociales, revelar las estrategias que aplica el pensamiento hegemónico para convertir la salud y la enfermedad en mercados económicamente rentables y reconocer los aspectos prioritarios de la realidad usualmente ocultos bajo las apariencias y las formas.

El pensamiento crítico es contrahegemónico y presenta las siguientes características que constituyen compromisos éticos y políticos más que académicos: se reconoce a sí mismo como un pensamiento del Sur, latinoamericano, no sujeto al eurocentrismo; debe dar lugar a un discurso emancipador dirigido a eliminar las formas de alienación social, desmontar el poder patriarcal y reivindicar a la mujer; defiende una ecología política centrada en la relación armónica con la naturaleza, considerando que somos parte de ella; privilegia los derechos colectivos por encima de los intereses individualistas; se compromete políticamente con una sociedad decolonial que requiere una educación y una investigación emancipadoras, y es profundamente antiimperialista.

Los fundamentos del pensamiento crítico latinoamericano provienen del materialismo histórico y se enriquecen a partir de la incorporación de diversas corrientes de pensamiento. Entre ellas las corrientes críticas europeas, particularmente los aportes de Gramsci (15, 16, 41), de la Escuela de Frankfurt (27, 30), y más recientemente de los aportes de científicos sociales como Istvan Metzaros y Boaventura De Sousa Santos; el pensamiento independista y anticolonialista de los precursores de nuestra independencia como Hidalgo, Miranda, Bolívar, Rodríguez y Martí; el socialismo indoamericano de Franz Fanon, Aime Cesaire, José Carlos Mariátegui y Ludovico Silva; la teología y la filosofía de la liberación de Gustavo Gutiérrez, Enrique Dussel, Leonardo Boff y Paulo Freire; la teoría explicativa de la dependencia, enriquecida por los aportes de Samir Amin y el sistema mundo de Wallerstein, y la corriente decolonializadora del poder, el saber y el ser liderada por Aníbal Quijano, Walter Mignolo, Edgardo Lander y Ramón Grosfoguel, entre otros.

Epidemiología crítica latinoamericana

En el seno de la medicina social y la salud colectiva, se gestó el desarrollo de una corriente de pensamiento interesada en la dimensión social del proceso salud-enfermedad y su distribución desigual en la sociedad, conocida como epidemiología crítica, cuya construcción se fundamenta en los desarrollos teóricos y metodológicos de Jaime Breilh (40-42). Asa Cristina Laurell (23, 36, 45-47), Juan Samaja (48, 49), Pedro Luis Castellanos (38) y Naomar Almeida (50-53), entre otros.

La epidemiología crítica parte de comprender las limitaciones de la epidemiología clásica y propone una "ruptura epistémica" que supere las limitaciones del paradigma tradicional dominante, y permita construir uno nuevo que incorpore categorías de análisis provenientes del pensamiento crítico.

Sus promotores estudian el proceso salud-enfermedad y su distribución desigual en la población, en relación con el sistema social y los modos de vida, la producción y el consumo; considerando que, a cada sociedad, modo de producción y clase social, corresponden determinados patrones de desgaste y perfiles epidemiológicos de salud-enfermedad, los cuales privilegian a algunos y perjudican a otros. En tal sentido, reconocen la epidemiología como un espacio de conflicto y de lucha entre clases y sectores sociales con diferentes intereses, las cuales confrontan sus enfoques sobre la salud, la enfermedad y las acciones requeridas para transformarlas. Dichos debates trascienden el ámbito académico porque reflejan posiciones políticas, económicas y sociales.

La epidemiología crítica plantea la necesidad de superar la visión individual y clínica de la salud-enfermedad, incorporando a su estudio las dimensiones de lo general, lo particular y lo singular. Lo general concebido como la sociedad, su modo de producción, el sistema mundo; lo particular, asumido como los modos de vida que se construyen en las distintas comunidades, y lo singular, referido más al individuo y sus estilos de vida.

Desde la epidemiología crítica se establece que la epidemiología clásica es prisionera de un paradigma monista, causalista, funcionalista, dependiente de la teoría de riesgos, lineal y poseedor de la única verdad, que ha impuesto sus propias reglas al conocimiento y descalifica otros saberes. Las críticas aplican también a la hegemonía del modelo biomédico, de inspiración positivista, que se ha impuesto en la práctica de una salud pública y termina sirviendo al capital y el mercado.

Las críticas se dirigen también a los fundamentos epistemológicos, los procedimientos metodológicos, la conceptualización teórica y las propuestas de acción de una epidemiología tradicional que se queda en una comprensión reducida de la salud y la enfermedad de la población, y cuyas propuestas de gestión se limitan a la dimensión singular por fuera de sus contextos históricos y políticos.

La vertiente crítica considera que la epidemiología tradicional anglosajona dominante adolece de grandes debilidades; entre ellas:

- Una explicación reduccionista y fragmentada de la realidad, centrada en la enfermedad como hecho biológico, la cual enmascara el carácter eminentemente social del proceso salud-enfermedad y se convierte en un corpus causal para garantizar la gobernabilidad hegemónica.
- Una lógica explicativa, centrada en el análisis de factores de riesgo y en una concepción restringida de la exposición y la vulnerabilidad que se limita a la medición de frecuencias y probabilidades estimadas al margen de sus contextos, y que parte de los mismos preceptos epistemológicos y filosóficos del causalismo.
- Una reducción de la práctica epidemiológica a la vigilancia de enfermedades o acciones sobre factores de riesgo y estilos de vida de individuos sin historia ni contexto, con un arsenal metodológico lineal, empírico y analítico, y con una filosofía desde el pragmatismo unicultural, antropocentrista y sexista.
- Una concepción de la determinación social limitada a la identificación de determinantes aislados e inconexos, que expresa una escasa comprensión del carácter histórico social de la salud-enfermedad de la población y reduce la complejidad de la salud al funcionamiento mecanicista de la teoría cartesiana.

Según Breilh (33, 42, 54, 55), la ruptura epistémica implica un cambio profundo del pensamiento y la práctica basado en tres categorías fundamentales:

1. La determinación social. La noción de determinación social es una categoría básica de la salud colectiva y la epidemiología crítica que permite comprender la salud y la enfermedad no solamente como hechos biológicos, sino sobre todo sociales. Según este enfoque, las condiciones materiales de existencia y las interacciones sociales que se van dando en el grupo determinan (configuran) la vida humana de forma ventajosa o desfavorable; por tal razón, se resalta la importancia de comprender las condiciones históricas de producción y reproducción social, las cuales configuran, en última instancia, los perfiles de salud-enfermedad de la población. En todo caso, aunque este argumento pareciera sencillo, impone a los epidemiólogos el reto de familiarizarse con enfoques teóricos y metodológicos que proceden de la filosofía y las ciencias sociales. Dichos conocimientos, técnicas y métodos han sido excluidos de su formación tradicional por el paradigma

positivista imperante, y en la práctica han reducido las explicaciones del proceso salud-enfermedad a determinantes sociales aislados, los cuales se han incorporado al discurso sanitario tradicional en calidad de factores de riesgo. Dichos análisis restringidos terminan proponiendo políticas e intervenciones centradas en la atención de individuos aislados, afectados por el daño.

La salud pública y la epidemiología clásicas confunden la determinación social, como categoría explicativa, con los determinantes sociales aislados y fuera de contexto. La determinación social parte de comprender la articulación entre los procesos biológicos y sociales. Asume que lo biológico y lo social no son dimensiones excluyentes ni contradictorios, sino procesos que se concatenan y subsumen. En la determinación de lo biológico por lo social entra en juego un concepto fundamental: la subsunción. Lo biológico tiene vida propia y sus leyes y principios, pero está subsumido por lo social, que constituye un plano de determinación superior, como se trata de explicar en la figura 6.1.

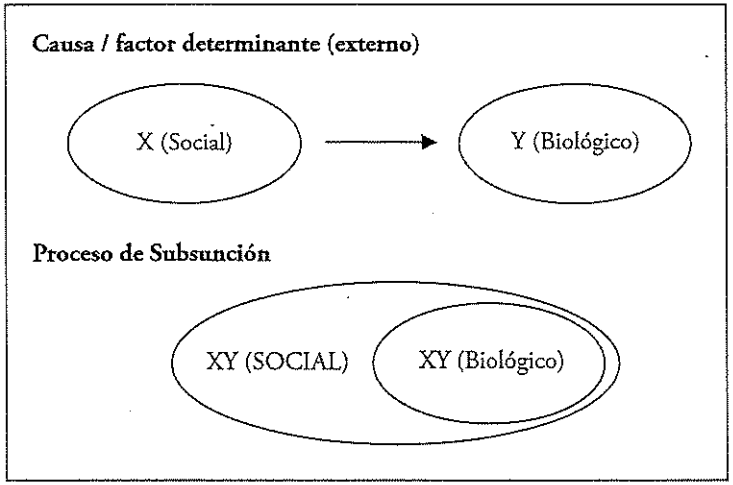

Figura 6.1. Subsunción de lo biológico a lo social

* En la parte superior se observa la perspectiva de la epidemiologia clásica en la relación lineal de lo biológico con lo social, y en la inferior el proceso de subsunción por el cual lo social determina lo biológico.

Fuente: J Breilh. Epidemiología: economía, medicina y política. 3.ª ed. México: Fontamara; 1989.

2. La reproducción social. Se define como el proceso que le permite a una sociedad producir, distribuir y consumir sus medios de existencia de forma renovada, garantizándole su supervivencia en el tiempo. Este proceso se considera la clave de la dinámica social, pues determina tanto la aparición y conservación de cada modo de producción como de las relaciones de poder que surgen a lo largo de la historia. A este respecto, Samaja (49) señala que la reproducción social comprende cuatro dimensiones: a) biológica; b) cultural, relacionada con la conciencia y la conducta; c) procesos ecológicos y ambientales, y d) relaciones políticas y económicas. Cada una de estas dimensiones se rige por principios y leyes específicas que son objeto de estudio por parte de diferentes disciplinas científicas. En cualquier caso, lo biológico se considera subsumido por la dinámica social; es decir, subordinado a la influencia de los procesos sociales.

3. El metabolismo sociedad-naturaleza. Para comprender los procesos de reproducción social es necesario considerar el metabolismo social. Este concepto, acuñado inicialmente por Marx (56) y desarrollado por varios autores (57-60), se refiere al conjunto complejo y cambiante de procesos de intercambio de materia y energía que ocurren permanentemente entre cada sociedad y las condiciones materiales en que desarrolla su existencia; dicho intercambio se da mediante el trabajo, y gracias a él, tanto el hombre como la naturaleza se transforman mutuamente. Por medio del trabajo el hombre humaniza o degrada la naturaleza, y al mismo tiempo ese trabajo dignifica o aliena al ser humano. El metabolismo social ocurre en las "entrañas" de la sociedad, donde la energía y la materia circulan, se transforman, se consumen y finalmente son convertidas en desechos, emanaciones o residuos, vertidos en los espacios naturales. La noción de metabolismo social es una categoría esencial, no solamente para comprender la salud y la enfermedad, superando el dualismo naturaleza-sociedad, sino también para identificar las condiciones que deben ser transformadas mediante la praxis.

   Los patrones de interacción del hombre con la naturaleza varían a lo largo de la historia. En el mundo capitalista globalizado predomina el extractivismo, que convierte a la naturaleza en mercancía y expolia masivamente sus recursos para incorporarlos al mercado global. Esa conversión de la naturaleza en mercancía rompe la armonía del ecosistema, fenómeno que Harvey (61) ha denominado acumulación por despojo, y que ha sido documentado por Breilh (62). La subsunción de la naturaleza y del trabajo desde los principios del capitalismo y el interés de lucro, rompe la armonía con la naturaleza y se relaciona estrechamente con la generación de diversos

desastres "naturales", pandemias y epidemias, lo que determina los perfiles de salud-enfermedad de las poblaciones expuestas. Varios ejemplos ilustran este proceso. Uno de ellos es el modelo agrícola intensivista predominante en América Latina, caracterizado por una agroindustria que promueve el monocultivo y el uso intensivo de agrotóxicos, y que convierte la producción de alimentos en un negocio donde el alimento deja de ser un valor de uso que resuelve la necesidad vital de alimentación para convertirse en un valor de cambio, una mercancía que se incorpora al mercado global en función de la rentabilidad económica. Un caso ilustrativo de interacción irracional del entorno es el uso indiscriminado de antibióticos en la megaindustria productora de alimentos, particularmente pollos y cerdos; al respecto, se estima que un 50 % de los antibióticos consumidos en el mundo van a esas industrias, lo que trae consigo la ingesta de antibióticos por la vía del consumo de alimentos, con la consecuente resistencia bacteriana en la población (63, 64). Otros ejemplos pueden ser la aplicación extensiva del glifosato, el fracking y la megaminería, los cuales requieren un uso intensivo de agua y contaminan suelos, agua y aire con una enorme producción de desechos tóxicos.

La alteración del metabolismo social y de la armonía sociedad-naturaleza, unidas a la imposición de modos y estilos de vida malsanos e hiperconsumistas, producen un impacto nocivo sobre la salud y la vida, que se expresa de múltiples formas. Una de las más importantes es el proceso de "acumulación epidemiológica", donde la salud de la población está amenazada por múltiples procesos nocivos que la deterioran progresivamente y generan perfiles híbridos de salud-enfermedad. Aunque en América Latina seguimos enfrentando los viejos problemas derivados de carencias e infecciones, a los mismos riesgos físicos, químicos, biológicos de hace muchos años se han añadido situaciones más recientes, derivadas de innovaciones y nuevos patrones tecnológicos y productivos: procesos de urbanización acelerada y deshumanizada, automatización de la vida, contaminación del ambiente, explotación irracional de recursos, empobrecimiento masivo, desempleo estructural, robótica, marginalidad y exclusión social, sedentarismo y consumo de alimentos y productos nocivos para la salud.

Para facilitar la comprensión de estas categorías, Breilh (65) plantea la existencia de perfiles híbridos (figura 6.2) y señala la combinación de ciertos procesos y enfermedades asociados a la producción subalterna y la extrema pobreza que caracterizan a las sociedades periféricas. Dichos procesos coexisten y se contraponen a las condiciones de aquellas sociedades y sectores sociales que presentan perfiles de salud y enfermedad derivados del nuevo patrón tecnológico y el hiperconsumo.

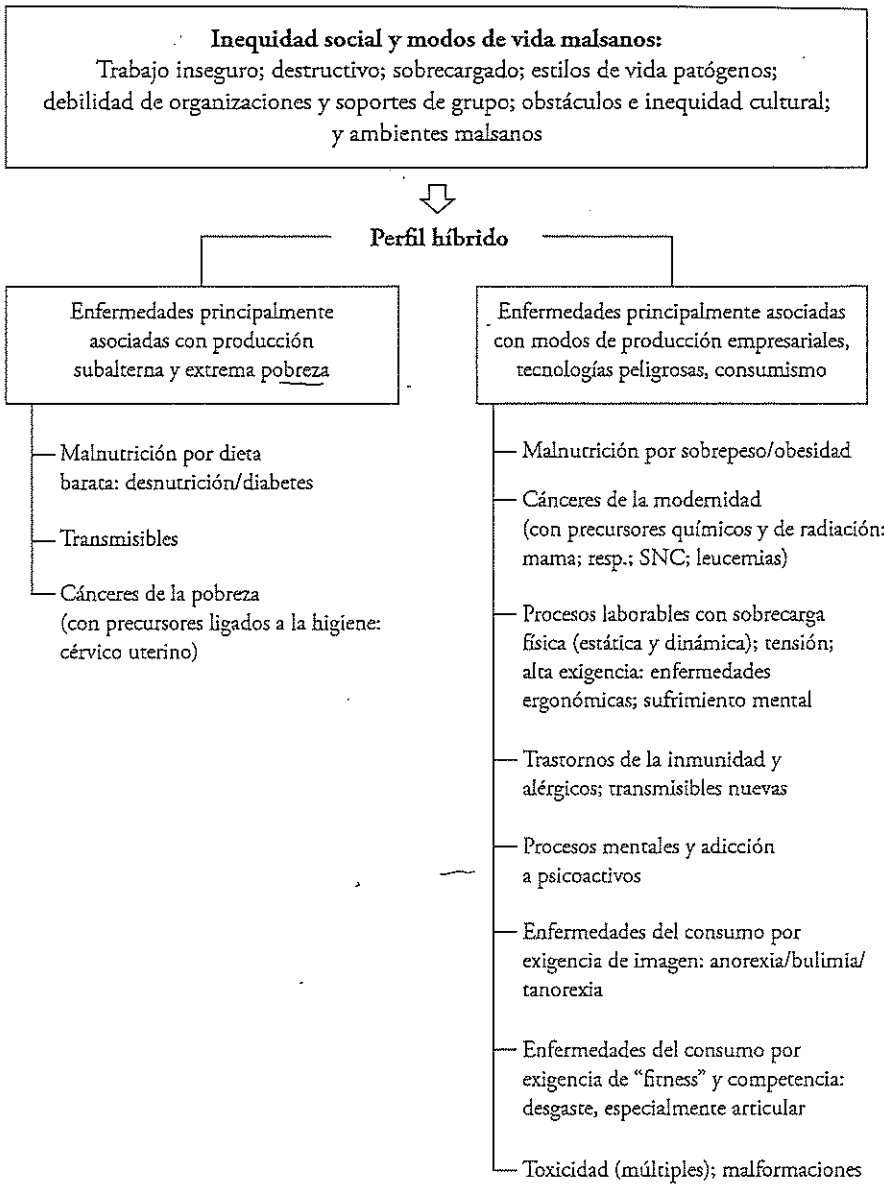

Figura 6.2. Perfiles típicos de deterioro de la salud en países periféricos sometidos a acumulación acelerada

Fuente: J Breilh. Una perspectiva emancipadora de la investigación basada en la determinación social de la salud. En: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro. 2011.

Transformación de los ejes clásicos de la epidemiología

El discurso epidemiológico tradicional trabaja con las categorías persona, tiempo y lugar, pero reduce la persona a variables de edad, sexo y, ocasionalmente, ocupación, ignorando la historicidad de los grupos humanos; el enfoque clásico limita el análisis del tiempo a series cronológicas, desconociendo la historia, y convierte el lugar solo en el sitio geográfico de ocurrencia de la enfermedad. La epidemiología crítica pretende superar estas limitaciones y enriquecer su conceptualización, incorporando categorías como clase social, historia y territorio. Pretende también dar un mayor contenido a esas categorías al convertir a la persona en sujeto activo que pertenece a una clase social, a un momento en la historia y a un lugar en el territorio social donde se produce la salud y la enfermedad. Así mismo, abandona el concepto de factores de riesgo centrándose en cambio en aquellos procesos dinámicos que promueven y protegen, o dañan y deterioran, la salud. Insiste, además, en superar el concepto biologista de historia natural de la enfermedad para incluir el concepto de historia social de la salud y la enfermedad (figura 6.3).

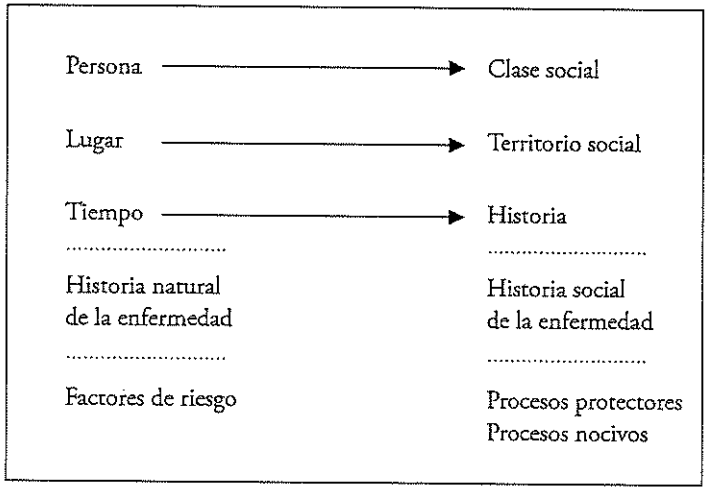

Figura 6.3. Transformación de los ejes de análisis de la epidemiología clásica a la crítica

Fuente: elaboración propia.

El pensamiento crítico en epidemiología no es patrimonio de América Latina. Desde 1967, el médico y politólogo catalán Vicente Navarro, exiliado por su lucha antifranquista, viene desarrollando, desde la Universidad Johns Hopkins y desde Barcelona, un estimulante debate en torno a las relaciones entre la salud y

los sistemas políticos. Sus enfoques críticos, que coinciden en muchos aspectos con la epidemiología latinoamericana, han ilustrado el efecto nocivo del modelo neoliberal sobre la salud de la población y la importancia de incidir en el ámbito político para transformar la situación sanitaria mundial (18, 66-73).

Reflexiones para continuar la discusión

La globalización neoliberal ha traído consigo la expansión y agudización de múltiples problemas que han deteriorado aún más la estructura política y social de América Latina, cuyos países han sido acorralados en la periferia de un sistema económico mundial, en calidad de naciones supuestamente soberanas, pero con un nivel de autonomía particularmente limitado frente a las presiones de los mercados internacionales y sometido a un desarrollo inequitativo al servicio del capitalismo globalizado. Este sistema, esencialmente desigual, que concentra la riqueza a expensas del empobrecimiento de grandes sectores de la población mundial, expande también un sistema cultural y un tipo de conocimiento que lo legitima y reproduce.

La globalización capitalista, concentradora de la riqueza y esencialmente injusta y generadora de desigualdades, se mantiene sobre cinco grandes monopolios que constituyen dispositivos para el control de la sociedad (7): 1) nuevas tecnologías; 2) flujos financieros; 3) control de los recursos naturales del planeta; 4) medios de comunicación y redes sociales (a este respecto, la casi totalidad de los medios de comunicación son propiedad de grandes corporaciones transnacionales y su papel no es informar, sino crear las matrices de opinión necesarias al capital), y 5) armas de destrucción masiva, que mantienen siempre presente la amenaza del conflicto nuclear.

La aplicación de estos dispositivos de poder le ha permitido al capitalismo global desarrollar un conjunto de procesos nocivos, que de otra forma hubiesen sido imposibles de sostener, tales como el desmonte de los incipientes Estados de derecho, el debilitamiento y la distorsión de las democracias, la privatización de los bienes públicos, con el consiguiente deterioro de la ciudadanía, la transnacionalización de las empresas, la desterritorialización de la fuerza de trabajo, la expansión del desempleo estructural, la agresión y el deterioro del ambiente, el detrimento del espacio urbano y la mercantilización de los servicios públicos. Los procesos anotados han generado, a su vez, una aceleración de la concentración de la riqueza, el aumento de las desigualdades entre los pueblos y los grupos sociales, la intensificación de la violencia, la violación de los derechos humanos y el deterioro de la salud en los países pobres. Adicionalmente, en la última década se ha observado el resurgimiento del fascismo, promovido por los grupos ultranaciona-

listas y racistas que plantean la supremacía de una determinada "raza" o religión. Estas condiciones, que en última instancia dan forma a la existencia humana, la salud y el sufrimiento, deben ser objeto de análisis por parte de la epidemiología.

En ese marco político tan complejo y preocupante, la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericana han decidido enfrentar el modelo biomédico, el monismo metodológico y la posición colonialista del positivismo que se han impuesto a la epidemiología clásica, no solamente desde la academia, sino ante todo porque son utilizados como instrumentos políticos de dominación. En tal sentido, el interés de la epidemiología latinoamericana se ha centrado en contribuir a la comprensión y la transformación de las diferentes condiciones que determinan el proceso salud-enfermedad y la gestión sanitaria, proponiendo elementos teóricos y metodológicos que contribuyan a la emancipación integral de la región, y cuyos argumentos suelen ser subvalorados por la salud pública tradicional, desarrollada desde Europa y Norteamérica. Este planteamiento puede ser incómodo para muchos académicos y políticos, pero es absolutamente necesario si se quieren mejorar las condiciones de salud de la población.

En esta ruta, que no solamente es académica, sino también política, la epidemiología crítica latinoamericana enfrenta el reto de desarrollar estrategias y metodologías prácticas y aplicables, capaces de contribuir a transformar las condiciones de injusticia y desigualdad que caracterizan la región. Este es un asunto esencial, pero no es un problema nuevo, ni propio de la perspectiva latinoamericana. Por el contrario, refleja la complejidad de su objetivo. A diferencia de otras corrientes en epidemiología, los enfoques latinoamericanos no se enfrentan a un asunto individual, ni a una causa única que pueda resolverse con un medicamento, una vacuna, una técnica o una intervención sectorial. Su propósito es eminentemente político: transformar una estructura socioeconómica, actualmente hegemónica en el mundo y supremamente poderosa, que genera a su paso la alienación, el sufrimiento y la muerte de amplios sectores de la población. Por tal razón, no debe pretenderse que haya un método único. Al respecto, sería importante recordar que las estrategias de transformación social propuestas desde el siglo XIX por el materialismo histórico, y desde mediados del siglo XX por la teoría crítica, tampoco se comportan como recetas únicas aplicables por igual en todos los contextos.

Como un saber y una práctica en construcción, la epidemiología crítica enfrenta, entre otros, los siguientes retos:

- Facilitar la comprensión del proceso salud-enfermedad superando los límites del reduccionismo empírico cuantitativista de la epidemiología clásica. La epidemiología crítica debe recuperar la complejidad y la concatenación de los procesos salud-enfermedad.

- Romper con la colonialidad del poder y del saber, superando el predominio de la lógica euro-anglo-céntrica de la epidemiología, que ha construido teoría y política de los hechos, reproduciendo un marco interpretativo con una direccionalidad única que excluye lo diverso, y homogenizando los espacios más allá de la construcción compleja desde el territorio social.
- Producir conocimientos emancipadores que le permitan a las poblaciones y los agentes sociales no solo comprender su salud, sino diseñar y evaluar estrategias efectivas que hagan posible su transformación desde principios de sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad integral de la vida, dando sustento a la construcción de condiciones territoriales, modos de vivir y espacios saludables/protectores, así como mitigar el daño generado por los procesos destructivos. La descolonización del saber y de los modelos civilizatorios impuestos desde el capitalismo global, permite el redescubrimiento y la emergencia de nuevas categorías para dar cuenta de la realidad social, la existencia humana, la salud y el sufrimiento; entre ellas, la noción de buen vivir procedente de cosmovisiones latinoamericanas e incorporada a las constituciones de Ecuador y Bolivia, cuyo contenido propende por una meta social derivada de la interacción armónica entre los seres humanos, consigo mismos y con la naturaleza. El buen vivir, que se aparta de los modelos colonialistas, consumistas y destructores del planeta, refleja una forma de entender y enfrentar la existencia dirigida a la obtención de una vida plena, la satisfacción integral de las necesidades, la autogestión, la autonomía, la dignidad, la justicia y la protección de la naturaleza.
- Desarrollar nuevas perspectivas epistemológicas y prácticas que faciliten la interacción entre los saberes académicos y populares.
- Convertirse en una herramienta de emancipación y construcción de soberanía sanitaria.

La medicina social, la salud colectiva latinoamericana y la epidemiología crítica son parte de una propuesta colectiva para la construcción de un mundo mejor, más justo, humano y capaz de construir felicidad social para todos.

Bibliografía

1. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander E, editor. La colonialidad del saber: eurocentrismó y ciencias sociales. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2000. p. 241-246.
2. Quijano A. Colonialidad del poder y clasificación social. J World-System Res. 2000;2(l):342-386.
3. Lander E. La crisis terminal del patrón civilizatorio de la modernidad colonial. En: Crisis civilizatoria: experiencias de los gobiernos progresistas y debates de la izquierda latinoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2019.
4. Maldonado-Torres N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En: Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editores. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Iesco, Pensar, Siglo del Hombre Editores; 2007. p. 127-167.
5. Dos Santos T. Dependencia y cambio social. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1970.
6. Bambirra V. Teoría de la dependencia: una anticrítica. Arequipa: Amauta; 1977.
7. Amin S. El capitalismo en la era de la globalización. Barcelona: Paidós; 1997.
8. Fukuyama F. El fin de la historia y el ultimo hombre. Barcelona: Planeta; 1992.
9. Laguado-Duca AC. Desarrollismo y neodesarrollismo. Un análisis político. Aportes para el debate. 2013;30:69-85.
10. Llistar D. El qué, el quién, el cómo y el por qué del consenso de Washington. 2002.Disponible en: http://www.iheal.univ-paris3.fr/sites/www.iheal.univ-paris3.fr/files/9%20CW-David-NOV02.pdf.
11. Stiglitz JE. El malestar en la globalización. Madrid: Taurus; 2002.
12. Wallerstein I. El análisis de los sistemas-mundo. En: Capitalismo histórico y movimientos antisistémicos Un análisis de sistemas-mundo. Madrid: Ediciones Akal; 2004.
13. Martínez MA. Reflexiones en torno al sistema mundo de Immanuel Wallerstein. Hist y Mem. 2011;2:211-220.
14. Katz C. Teoría de la dependencia cincuenta años después. Caracas: Monte Ávila Editores; 2019.
15. Gramsci A. Introducción a la filosofía de la praxis [Internet]. Barcelona: Ediciones Península; 1970. 83 p. Disponible en: https://marxismocritico.com/2011/11/19/introduccion-a-la-filosofia-de-la-praxis/.

16. Daldal A. Power and ideology in Michel Foucault and Antonio Gramsci: A comparative. Am Res Inst Policy Dev [Internet]. 2014;2(2):149-167. Disponible en: http://rhpsnet.com/journals/rhps/Vol_2_No_2_June_2014/8.pdf.
17. Segura-DelPozo J. Salud pública y biopolítica (3): la medicina social, según Virchow [Internet]. Salud Pública y algo más. 2009. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/01/07/110752.
18. Navarro V. Concepto actual de la salud pública. En: Martínez F, Castellanos PL, Navarro V. Salud pública México: McGrawHill Interamericana; 1998. p. 49-54.
19. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Madrid: Siglo XXI; 1982. 255p.
20. Foucault M. Nacimiento de la medicina social[1974]. En: Estrategias de poder [Internet]. Madrid: Paidós;1979. p. 365-384.Disponible en: https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2018/05/mf-nacimiento-de-la-medicina-social.pdf.
21. Siegerist H. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. Salud Colect. 2006;2(3):269-279.
22. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colect. 2005;1(1):9-32.
23. Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. Med Soc [Internet]. 2010;5(1):79-88. Disponible en: http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403 .
24. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002;12(2):128-136. Disponible en: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-27.pdf%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf%5Cnhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000800013&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
25. García JC. La medicina estatal en América Latina (1880-1930). Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2016;42(1):143-175. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100015.
26. García JC. Clásicos en medicina social: entrevista a Juan César García. Med Soc [Internet]. 2007;2(3):153-159. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/juan_cesar_garcia_entrevista_a_juan_cesar_garia_pdf.pdf.
27. Osorio SN. La teoría crítica de la sociedad de la Escuela de Frankfurt. Educ y Desarro Soc [Internet]. 2007;1(1):104-119. Disponible en: http://www.umng.edu.co/documents/63968/80132/RevNo1vol1.Art8.pdf.
28. Horkheimer M. Teoría crítica. Madrid: Amorrortu; 1996. 296 p.
29. Tischler-Visquerra S, García-Vela A. Teoría crítica y nuevas interpretaciones sobre la emancipacion. Tla-Melaua. 2017;11(42):186-207.