

Epidemiología Crítica - Intervención Profesional del Trabajo Social

Introducción

La Epidemiología es una ciencia relativamente joven. Hay quienes remontan sus orígenes a Hipócrates¹, y quienes consideran que ya las civilizaciones orientales tenían conocimientos de Epidemiología. Sin embargo, su desarrollo como disciplina, con bases teóricas y procedimientos sistemáticos de estudio, recién se consolida a mediados del siglo XIX, junto con el nacimiento de las teorías modernas sobre la causalidad² de las enfermedades.

El momento del desarrollo de la Epidemiología como disciplina no es casual, pues coincide con cambios sociales y demográficos³ producidos por el aumento de la población en Europa y su concentración en las ciudades, que facilitaron la extensión de muchas enfermedades como el cólera, la peste, las enfermedades respiratorias y las enfermedades carenciales⁴ y, por ende, la oportunidad de estudiar mejor los fenómenos epidémicos. A pesar de ello, el concepto de Epidemiología aún sigue discutiéndose.

¿Qué es la Epidemiología Convencional?

La Epidemiología estudia los procesos de salud - enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados por estos procesos, cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de salud y enfermedad, con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su aparición. A la Epidemiología le interesan las causas por las que las enfermedades se difunden en las poblaciones. La función más importante de la Epidemiología es determinar la frecuencia -o sea la cantidad de veces- que sucede algo y las tendencias de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad.

Con **tendencias de exposición** nos referimos a cuánto más o menos se encuentra una persona expuesta a determinado factor, por ejemplo la exposición de un niño al humo del cigarrillo, si este vive en un ambiente de fumadores, de aquel que sólo se expone al humo

¹ Hipócrates fue un médico de la Antigua Grecia que ejerció durante el llamado Siglo de Pericles (siglo V antes de Cristo). Es considerado una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina y muchos autores se refieren a él como el «padre de la medicina».

² Relación entre una causa y su efecto. La causa es el motivo, el efecto es aquello que se deriva de la causa.

³ La demografía es la ciencia que estudia las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y caracteres.

⁴ Trastornos producidos por la ausencia de sustancias específicas esenciales como las vitaminas, los minerales o los aminoácidos (anemia, raquitismo, etc.).

de cigarrillo casualmente. Se denominan **marcadores de riesgo** a aquellas condiciones que se asocian con un riesgo mayor de que aparezca de una determinada enfermedad y que no pueden ser modificados (sexo, edad, etnia). En cambio, se denomina **factores de riesgo** a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad

La presencia de los factores de riesgo puede ser controlada y prevenida antes del desarrollo de la enfermedad, mientras que la de los marcadores no puede ser evitada ya que son características de las personas, como las edades, el sexo, por ejemplo.

Otro concepto importante en esta definición de **Epidemiología**, es el de **problema de salud**. Sin dejar de reconocer que las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas no infecciosas son un problema de salud -aún prioritario- en muchos países, lo que hoy se denomina problema de salud abarca condiciones que no encajan en la tradicional definición de enfermedad pero que, sin embargo afectan al bienestar de la población.

En este sentido ingresan en el campo de la Epidemiología problemáticas como la violencia, los accidentes de tránsito, el tabaquismo, la obesidad y las adicciones, todas con alcance sobre cuestiones de salud, pero no son consideradas patologías, en sentido estricto, en principio.

El concepto de **población** es entendido como conjunto de individuos que comparten características comunes. Este concepto implica que cuando hablamos de **poblaciones en Epidemiología** no nos referimos exclusivamente a poblaciones humanas, la epidemiología también estudia poblaciones de animales, plantas, microorganismos e incluso, genes. Cada una de estas poblaciones tiene particularidades que se deben conocer para comprender los fenómenos que ocurren en ellas.

Entonces, la Epidemiología Convencional es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos, (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Los retos a los que se enfrenta la Salud Pública en el siglo XXI son complejos y diversos. La globalización, la comunicación, las corrientes migratorias, los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, influyen en los perfiles de salud de las poblaciones. Persisten viejos problemas, a los que se agregan los nuevos desafíos en el área ambiental y social.

La **Epidemiología**, en cuanto a su evolución y desarrollo, ha ido fortaleciendo su papel preponderante como generadora de la información indispensable para la toma de decisiones y el avance del conocimiento científico en el proceso de salud y enfermedad. La realidad socio-sanitaria de la Argentina actual, se caracteriza por un sistema de salud fragmentado y segmentado; que cubre de manera desigual a la población, según jurisdicción y localidad de residencia y situación socioeconómica. Los perfiles de morbimortalidad presentan de manera creciente eventos crónicos no transmisibles y problemáticas vinculadas a la salud mental, violencias, adicciones propias del mundo globalizado y producto de una transición demográfica definida por el incremento en la esperanza de vida y la población urbana.

Esta complejidad impone la necesidad de construir una mirada crítica que permita leer la realidad social desde una perspectiva epidemiológica y crítica, a fin de fomentar una

reflexión sobre las profundas transformaciones en los procesos de salud de la población en la contemporaneidad.

Ahora bien desde las Ciencias Sociales y desde el Trabajo Social en el campo de la salud, es interesante abordar el concepto de **Epidemiología crítica, siendo que su objetivo es ser una herramienta válida para repensar la prevención y promoción de la vida en una civilización que ha llevado la desigualdad y el dolor social a los extremos.**

La **Epidemiología Crítica** es un término utilizado para expresar una propuesta latinoamericana frente a la llamada Epidemiología Convencional de tradición más anglosajona y de Hemisferio Norte. La Epidemiología Crítica se concibe como uno de los ejes disciplinares del movimiento de la Medicina Social, en conjunto con la planificación y las ciencias sociales en salud. Es decir que se ubica en un contexto como disciplina dinamizadora de la Salud Colectiva como movimiento alternativo de Salud Pública. Entre sus principales impulsores se cuentan Jaime Breilh y Edmundo Granda, que constituyen el llamado grupo de Quito, Asa Cristina Laurell en México y Naomar Almeida Filho en Brasil. Sin embargo, este último autor toma alguna distancia y ofrece algunos cuestionamientos a la Epidemiología Convencional pero también a la misma Epidemiología Crítica.

Algunas **diferencias entre la Epidemiología Convencional y la Crítica**, bajo la mirada de Almeida Filho son las siguientes:

- La Epidemiología Crítica está inmersa en el paradigma histórico-social y la Epidemiología Convencional en el positivista.
- La Epidemiología Crítica tiene como objeto de estudio el proceso salud-enfermedad en los colectivos, la Epidemiología Convencional tiene como objeto la ocurrencia, distribución y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones. Aquí se da una diferencia entre lo “poblacional” lo “colectivo”. Lo “poblacional” se entiende como un conjunto unidimensional o una sumatoria de individuos. El “colectivo” implica un grupo humano que es social e histórico
- La Epidemiología Crítica pretende ser una “Epidemiología de la desigualdad” es decir pone de manifiesto que el principal determinante para enfermar y morir lo constituyen las condiciones socio-económicas de los grupos poblacionales. Para la Epidemiología Convencional lo socio-económico aparentemente es solo un factor de riesgo más como lo biológico, el ambiente o los servicios de salud.
- El principal instrumento de trabajo de la Epidemiología Crítica es el análisis de los procesos de reproducción social en los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad. Para la Epidemiología Convencional la principal herramienta son los factores de riesgo y la causalidad. La Epidemiología Convencional es cuantitativa y la Epidemiología Crítica triangula lo cuali y cuantitativo.
- La Epidemiología Convencional privilegia los abordajes analíticos experimentales sobre los descriptivos, para la Epidemiología Crítica esta jerarquía es

innecesaria en el sentido que los estudios descriptivos están más ubicados en su contexto histórico-social, y los analíticos y experimentales son más “artificiales”.

- La Epidemiología Convencional es de naturaleza inductiva lo cual se refiere a que a medida que se van acumulando datos que confirman una teoría, aumenta la posibilidad de que esta sea verdadera. La Epidemiología Crítica es más deductiva en el sentido que plantea determinantes estructurales de tipo socioeconómico como favorecedores del proceso de enfermar y morir, y que en general son aplicables para todos los colectivos. Este aspecto lo cuestiona Almeida Filho para quien los determinantes socio-económicos pueden terminar constituyéndose en un factor de riesgo más.
- La Epidemiología Crítica reconoce más la politicidad de su accionar en el sentido que puede favorecer transformaciones en los procesos que producen enfermedad. El epidemiólogo debería asumir un papel militante en cuanto a que se le considera un sujeto político que puede producir movilización social para afectar los determinantes estructurales o socioeconómicos. Para la Epidemiología Convencional su accionar es más limitado como disciplina de la Salud Pública y reconoce que es a esta última a quien le corresponden las intervenciones.

En resumen la Epidemiología Crítica y la Convencional presentan diferencias en lo conceptual dadas por lo ontológico y epistemológico, así como en el accionar operativo y metodológico.

Para Almeida Filho, la Epidemiología Crítica en su objeto de estudio busca integrar lo individual y lo colectivo pero advierte que su alcance no va hasta dar cuenta de la interfase entre lo biológico y lo social. Aquí se evidencia también una diferencia con la postura de Jaime Breilh quien otorga a la Epidemiología el papel más dinamizador en la Salud Colectiva entendida esta última como campo de prácticas sociales y de investigación científica en salud.

La **Epidemiología Crítica** como fenómeno latinoamericano, **no cuestiona la cientificidad de la instrumentación de la Epidemiología Convencional, ni la subvalora.** Solo que los considera insuficientes para explicar el proceso salud enfermedad. Reconoce que la Epidemiología Convencional tiene un alcance muy limitado en cuanto a la “causalidad social”. **El cuestionamiento de la Epidemiología Crítica es reconocer la “politicidad de la Epidemiología, y su vocación de discurso contra-hegemónico frente a una Epidemiología Convencional que califica como institucional, estatal, para la cual la comunidad es solo generadora pasiva de datos.**

Una reflexión teórica - epistemológica de nuestro campo de intervención. Hacia la revisión y re-construcción de un problema de salud.

Cazzaniga define a la **intervención profesional del trabajo social** como “una puesta en acto de los saberes, en la que se juega la capacidad de comprensión compleja de la realidad” (Cazzaniga, 2015). No obstante, esa comprensión compleja de la realidad, se realiza por medio de una “desnaturalización constante” de los preceptos positivistas, a

través de operaciones de problematización y reflexión. Esto induce a la formulación y uso de nuevas categorías teóricas que guíen la intervención profesional en el campo de la salud (Cazzaniga, 2015). En consonancia, la **salud colectiva**, heredera de la medicina social latinoamericana, se presenta como una práctica social técnico-científica que se empeña en participar de “procesos reproductivos de la estructura social” y movilizar procesos de transformación social (Silva Paim, 2020).

De esta pequeña reflexión se desprende el desafío de ofrecer nuevos enfoques epistemológicos que nos permitan superar la noción de “enfermedad”, término paradigmático del reduccionismo biomédico. En paralelo, Silvia Cavallieri nos sugiere que la intervención profesional del trabajo social se relaciona a una práctica basada en determinadas perspectivas teóricas-metodológicas y, en esta línea, la concepción que tengamos de la realidad constituye un elemento fundamental de nuestra práctica. Para esto nos advierte que puede existir un reduccionismo teórico manifestado en dos polos donde no hay mediación: un individualismo abstracto de un lado y un universalismo abstracto de otro (Cavallieri, 2009). ***Esto nos parece sumamente esclarecedor para poner en diálogo con el campo de la salud ya que varias veces las enfermedades se presentan como meros problemas individuales sin construir mediaciones conceptuales que tensen aquellas afectaciones con las condiciones de vida en que éstos se desenvuelven.***

A su vez queremos recuperar los aportes de M. Rozas Pagaza quien menciona que el **campo problemático** del trabajo social es una construcción teórico-práctica. También menciona que **el objeto de intervención surge en la medida en que “existen distintas problemáticas que expresan los actores sociales, que a su vez son expresiones de sus necesidades sociales”** (Rozas Pagaza, 1998). Estas situaciones problemáticas surgen de los antagonismos inherentes a los procesos de reproducción social, entendidos, éstos, como **la explicitación de la cuestión social**.

Esta marcación conceptual nos resulta clave para **poner en diálogo con algunas consignas de la salud colectiva a fin de poder redefinir el objeto de las ciencias de la salud**. En su propósito de desplazar las enfermedades como instancia única de abordaje, la salud colectiva sostiene, también, que los modos sufrir, enfermar o morir se subsumen a los modos en que se orientan los procesos de reproducción social. La vida, en este sentido, adquiere una proyección diferente acorde a las condiciones sociales en que ésta se desarrolla, hablando, entonces, de necesidades sociales que surgen a partir de Esta marcación conceptual nos resulta clave para poner en diálogo con algunas consignas de la salud colectiva a fin de poder redefinir el objeto de las ciencias de la salud. En su propósito de desplazar las enfermedades como instancia única de abordaje, la salud colectiva sostiene, también, que los modos sufrir, enfermar o morir se subsumen a los modos en que se orientan los procesos de reproducción social. **La vida, en este sentido, adquiere una proyección diferente acorde a las condiciones sociales en que ésta se desarrolla, hablando, entonces, de necesidades sociales que surgen a partir de las formas en que la salud de la población se produce y reproduce.**

La categoría de **“determinación social”** al incorporar la noción de reproducción social como eje en **el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado**, resulta ineludible relevar los aportes de esta categoría. Jaime Breilh, referente de lo que él denomina “Epidemiología Crítica”, nombra varias acepciones que la ciencia otorga al concepto de determinación social. Él prioriza aquella que dice “son procesos determinados los que tienen un modo de

devenir definido” (Breilh, 2015). Avanzando en esa obra, Breilh menciona que “los modos de devenir” que “determinan” la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos, que adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada proceso histórico, es decir, de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan.

Así, ***según la forma en que se desenvuelve la sociedad y se construyen los modos de vida colectivos, los procesos sociales adquieren propiedades protectoras/ benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres).***

Si bien la unidad de análisis de la vieja epidemiología es la idea de la realidad dividida en “factores” (la concepción causalista de los factores de riesgo), **para la epidemiología crítica su unidad de análisis la constituye la concepción de la realidad como un proceso.** Estos procesos devienen o se desarrollan como movimiento organizado alrededor de las formas de reproducción social, con sus relaciones y contradicciones, o sea, una concepción dialéctica de los modos de devenir de las condiciones de vida de la población.

En este sentido, ***la proyección de la acción en salud debe pensarse como ruptura de los procesos que deterioran nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención de la salud)*** y como impulso de los procesos que nos protegen o nos perfeccionan, tanto colectiva como subjetivamente (***promoción de la salud***) (Breilh, 2015). **Este enfoque nos invita a reflexionar críticamente alrededor de cómo las desigualdades sociales impactan negativamente en la salud de los sectores más vulnerabilizados.**

La situación de precariedad habitacional en los barrios, la pobreza estructural o la situación de mujeres que sufren violencia doméstica, son algunos de los ejemplos que invitan a pensar que el campo problemático puede desplazarse hacia esos procesos que deterioran la salud por encima de cualquier fenómeno patológico aislado.

Por su parte, **Juan Samaja**, epistemólogo argentino, **nos propone otra categoría para poder problematizar la salud de un modo innovador. Esta categoría es la de “interfaz” en relación a los problemas de salud.** La interfaz sugiere que una situación de salud nunca se presenta como un objeto puro, sino que éste se proyecta en torno a lo que una comunidad o sociedad valora o da sentido. Esto quiere decir que los problemas de salud se construyen en el marco de la sociedad que los contiene y a la situación cultural y simbólica en que se inscriben.

Entonces, desde esta perspectiva, ***no es lo mismo atravesar un padecimiento relacionado a un diagnóstico de tuberculosis en una sociedad con altos índices de empleo formal que otra que no; dado que es un problema de salud diferente sostener un aislamiento domiciliario, como parte del tratamiento, cuando existe la posibilidad o no de generar ingresos para subsistir.*** Por consiguiente, el foco no puede situarse en “la tuberculosis” abstraída de la situación social del sujeto. Si bien es un ejemplo sencillo, esclarece que **el problema de salud no es la enfermedad en sí, sino el conflicto social y subjetivo que emerge “entre” la enfermedad y la responsabilidad de sostener el**

empleo, como valor social. La interfaz viene a sugerir que los problemas en salud son transiciones entre una afectación y lo que se valora en torno a esto. Así, un “problema de salud” se define a partir de las contradicciones que emergen en los procesos de reproducción social de los sujetos o las comunidades (Samaja, 2016).

Finalmente, esto nos ayuda a reflexionar sobre la noción de interseccionalidad. Según el enfoque de estos autores, los problemas de salud son siempre interseccionales, en tanto cualquier padecimiento, analizado desde la salud colectiva, nunca es ajeno a los procesos de determinación estatal, cultural, de género o de clase. Vale destacar la importancia de esta categoría construida desde los feminismos, ya que resulta necesaria de ser articulada con el campo de salud para comprender las situaciones de desigualdades múltiples que se presentan en los dispositivos de salud. Esta categoría contribuye a analizar el problema de un modo no fragmentado ni aditivo ni secuencial (Pombo, 2019).

Esto nos permite pensar que una necesidad en salud no solo atraviesa a los sujetos como mero “enfermos o pacientes”, sino que ese actor individual deviene actante sujeto en el momento en que su fuente de determinación deja de ser unívoca y se encuentra “desgarrado” en una interfaz de distintos estratos sociales (Samaja, 2016).

Quien padece no solo se constituye como paciente, sino que también es un ciudadano, que a la vez es trabajador o miembro de un tipo de familia. Se puede presentar como mujer que atraviesa una diabetes, pero que también tiene que sostener su trabajo informal, que también el Estado le niega la urbanización de su barrio o que ha sido víctima de violencia machista. En todos estos casos, el sujeto que sufre desdobra su agencia de dos o varios escenarios, integrando la satisfacción de sus necesidades en salud a las tramas estatales, mercantiles o de género que habita. Éstas, a su vez, ofrecen diferentes sentidos o respuestas a su salud según al proyecto ético político y social al que suscriben.

Perspectivas ético-políticas entre la producción de salud y el Trabajo Social

***¿Cuál es el sentido de nuestra intervención?, ¿para qué intervenimos en salud?
¿Cuál es el valor de nuestra intervención? ¿La normalidad? ¿El equilibrio? ¿La cura? ¿La rehabilitación?***

En primer lugar, nos parece primordial recuperar a Susana Cazzaniga y a José Paulo Netto para ***pensar la dimensión ético-político en el trabajo social.*** Asumir que en nuestra práctica se ponen en juego valores éticos remite a reconocer la complejidad política de toda intervención profesional.

Cazzaniga transmite la preocupación de que la práctica encierre lo ético “a la consolidación de valores, fines e intencionalidades” de modo que opaquen “el carácter socio histórico y las tensiones que los mismos presentan a la hora de la intervención profesional” (Cazzaniga, 2019). A esto agrega, que nuestra responsabilidad como profesionales se enaltece en esas instancias donde se presentan verdaderos dilemas éticos y que cada alternativa hacia donde orientamos nuestras estrategias implican consecuencias respecto a los derechos,

autonomías y libertades de lxs otrxs (Cazzaniga, 2019). En línea de lo que venimos planteando, **piensemos en cómo puede calificarse el trabajo en salud en la medida que se incluyan perspectivas relacionadas a los derechos humanos, la autonomía y la libertad.**

Estas ideas nos llevan a pensar que el sentido ético de nuestra práctica en salud permite revisar las estrategias aplicables sobre los problemas relacionados a los procesos deteriorantes de la salud, resultado de la violencia, la pauperización económica, la segregación racial o sexista. Así como entender la producción de salud como una forma posible para habilitar caminos de emancipación, de reparación de derechos y de ampliación de la calidad ciudadana.

A modo de conclusión: la intervención profesional y la ética del cuidado

El rol de trabajo social, además de avanzar a revertir los procesos que precarizan la vida, se encuentra enlazado a aquellas prácticas que dinamizan los lazos sociales, los apoyos comunitarios y las relaciones intersubjetivas. La salud como proyecto de “disponibilidad de elegir entre varios modos de andar por la vida” se califica o potencia en la medida en que los sujetos se enlazan en proyectos colectivos.

Leonardo Boff **nos recuerda que “cuidamos o perecemos”, ya que el cuidado asume la doble función “de prevenir daños futuros y regenerar daños pasados”** (Boff, 2012).

El cuidado como dimensión ontológica y antropológica muestra esta vinculación de todes basada en el hecho de una reciprocidad general y común. En sintonía con lo anterior, refuerza la idea de **pensar la salud de un modo relacional y colectivo**, sin embargo, nos advierte que estos vínculos no pueden ser de cualquier manera. Boff menciona que “la ética de cuidado completa la ética de la justicia”, en tanto la reciprocidad de los sujetos no debe darse en el marco de escenarios de vulneración o desigualdad social.

Pensar el sentido del trabajo social en consonancia con la salud colectiva, y desde la ética del cuidado, nos procura ***el desafío abordar las necesidades sociales en salud, mediante la promoción de vínculos intersubjetivos y lazos comunitarios en base al afecto y el sostén, con la intencionalidad de incidir en proyectos saludables que asienten y convaliden la justicia social, la dignidad, la autonomía, los derechos humanos de los sujetos y las comunidades.***