

Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad

Thinking about the social determination of the health-disease process

Juan C. Eslava-Castañeda

Recibido 20 marzo 2017 / Enviado para modificación 29 abril 2017 / Aceptado 12 mayo 2017

RESUMEN

J.E.: MD. M.Sc. Sociología. Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública. Director Centro de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. jeslavac@unal.edu.co

El artículo presenta la discusión epistemológica que subyace a la propuesta de la determinación social del proceso salud-enfermedad, enmarcando dicha discusión en la historia de la corriente de pensamiento llamada Medicina Social Latinoamericana y analizando la manera como dicha corriente plantea el estudio de los procesos de salud-enfermedad en las sociedades contemporáneas. Para tal fin, se elabora inicialmente un breve marco histórico luego se analizan las implicaciones epistemológicas del concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad y, por último, se ilustra con tres ejemplos la manera como se aplican las ideas acerca de la determinación en el estudio concreto de la realidad.

Palabras Clave: Medicina social, determinación social, salud, América Latina (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

This article presents an epistemological discussion that underlies the proposal of social determination of the health-disease process, framing this discussion in the history of the current of thought known as Latin American Social Medicine, and analyzing the way in which this current approaches the study of health-disease processes in contemporary societies. To this end, a brief historical framework is elaborated, and the epistemological implications of the concept of social determination of the health-disease process are analyzed. Finally, three examples illustrate how the ideas about determination in the concrete study of reality are applied.

Key Words: Social medicine, social determination, health, Latin America (*source: MeSH, NLM*).

Tanto para el mundo salubrista como para el médico social, el comienzo del siglo XXI inició con el despliegue de un gran debate frente a la manera de entender las relaciones entre salud y sociedad. Dicha discusión, nutrida por los desarrollos de un saber epidemiológico cuya importancia ha ido en aumento y por los avances de unas ciencias sociales en expansión, cobró notoriedad a partir de la publicación del informe de la llamada Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en 2008 (1).

Una vez publicado dicho informe, e instalada en el escenario internacional la agenda política de lucha frente a las desigualdades sociales en salud, una buena cantidad de tinta ha corrido no sólo para establecer las directrices de acción sino, también, para deslindar posturas y aclarar posiciones. Tal esfuerzo ha llevado a plantear la discusión en términos de una oposición entre corrientes de pensamiento que a veces se caracteriza como la rivalidad entre la epidemiología social (de corte anglosajón) y la epide-

1. Nota del Editor: En esta Sección Especial se recogen las ponencias presentadas en el Seminario Interuniversidades de Programas de Posgrado en Salud Pública, en el primer semestre de 2017.

miología crítica (de corte latinoamericano) y otras como la pugna entre la salud pública tradicional y la medicina social latinoamericana (o salud colectiva).

Por ahora baste señalar que el debate internacional suscitado ha cobrado cierta visibilidad bajo el sonoro título de “los determinantes sociales de la salud vs la determinación social de la salud” o, en su versión sintética, “los determinantes vs la determinación”. Si bien esta discusión no forma parte de la corriente principal del pensamiento salubrista mundial, si adereza algunas discusiones internacionales y ha tenido un mayor alcance en nuestra región latinoamericana.

De hecho, desde hace varios años se vienen publicando artículos que evidencian la disputa e intentan precisarla. En general, los textos son elaborados por académicos interesados en identificar posturas diversas en el campo de la salud pública o por militantes de la medicina social/salud colectiva interesados en distinguir sus posturas y participar en la discusión académico-política que conlleva. La postura dicotómica se utiliza para resaltar la diferencia entre las posiciones (2-9)

Esta forma de plantear el asunto, cabe resaltar, no sólo remite a la propia génesis de la corriente de pensamiento llamada Medicina Social Latinoamericana (MSL) sino a toda una gama de discusiones filosóficas que involucran aspectos epistemológicos, éticos y políticos. Y, dado el vínculo que la MSL ha tenido con la tradición del pensamiento marxista, también remite a una discusión dentro de dicha tradición frente a la comprensión de su propio método de estudio para el abordaje de la sociedad capitalista y su crítica.

Mi propósito, en el presente texto, es delinear la discusión epistemológica que subyace a la propuesta de la determinación social del proceso salud-enfermedad de la MSL, enmarcando dicha discusión en la propia historia de la MSL y explorando la manera como dicha corriente plantea el estudio de los procesos de salud-enfermedad en las sociedades contemporáneas.

La medicina social latinoamericana

Si bien aún no existe, en propiedad, una historia de la MSL que dé cuenta, con detalle, de su desarrollo en la Región, sí existe un conjunto variado de documentación que aporta en este sentido. Dada la tendencia historicista que subyace en los planteamientos de la MSL, para la cual la realidad presente es un producto del devenir histórico, sus exponentes suelen acompañar sus trabajos con una reflexión acerca del propio desarrollo de su corriente de pensamiento. Y algunos de sus más connotados teóricos han aportado una visión general que, puede decirse, es ampliamente comparada entre los partícipes de esta perspectiva.

De tal manera, y siguiendo estas formulaciones, se puede señalar que la MSL surgió hacia finales de los años 60 y comienzos de los 70, del siglo xx, como resultado de la conjunción de varias insatisfacciones. Por un lado, la de militantes de izquierda que veían en las políticas desarrollistas de la época un obstáculo para lograr la soberanía de los pueblos y alcanzar mejores condiciones sanitarias; por otro lado, la de personas inconformes que ansiaban disfrutar de los avances médico-sanitarios pero que veían frustradas sus aspiraciones, a pesar de eventuales mejorías en algunos indicadores demográficos y epidemiológicos y, adicionalmente y de modo especial, la de algunos profesionales del sector salud y grupos académicos que no sólo encontraban deficiente el enfoque biomédico que dominaba la enseñanza de la medicina sino que consideraban demasiado excluyente y autoritario el ejercicio médico (10-12).

La confluencia de estas insatisfacciones y su articulación política llevó, en un proceso complejo, a un replanteamiento tanto de las acciones en el campo de la salud como de los modelos de comprensión de los fenómenos de la salud y la enfermedad. Y las propuestas que se plantearon condujeron al despliegue de grandes esfuerzos dirigidos a la organización de prácticas comunitarias en salud, al diseño de novedosos planes de formación para profesionales de la salud y al desarrollo de proyectos investigativos que estuvieran más cercanos a las necesidades de los diferentes grupos sociales.

Varios de esos esfuerzos cristalizaron en programas de formación a nivel de postgrado en México y Brasil, convirtiéndose así en núcleos de expansión del pensamiento de la medicina social en América Latina, y otros llevaron a la constitución de grupos de asesoría, investigación y trabajo comunitario en salud como ocurrió en Ecuador, Colombia, Argentina y Nicaragua. Pero como momento especial en el proceso de construcción de la MSL, es necesario ubicar la realización de varios encuentros internacionales, dos de ellos llevados a cabo en Cuenca (Ecuador), bajo el liderazgo del médico pediatra y sociólogo argentino Juan César García (11,12)

El primero de estos eventos se reunió en 1972 con la intención de analizar la enseñanza de las ciencias sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud. Tal como quedó de presente en el informe de la reunión, el interés central estuvo dirigido al análisis de los modelos teóricos prevalecientes en los esfuerzos de integración de las ciencias sociales y las disciplinas médicas, y la orientación que quedó marcada como gran derrotero fue la crítica a los enfoques funcionalistas y la apertura a enfoques alternativos que abordaran de manera directa los procesos de cambio social, las contradicciones propias de la realidad

social y las relaciones entre los marcos estructurales de la sociedad y los procesos específicos que en ella ocurren.

Esta postura derivó, a la postre, en un compromiso más firme con las orientaciones propias del materialismo histórico y con los enfoques estructurales y en ello tuvo un papel protagónico García. Este médico pediatra, formado en sociología en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y en la Universidad de Harvard, bebió de manera directa en las fuentes del saber sociológico norteamericano al comenzar los años 60, y la insatisfacción con los postulados teóricos y la práctica investigativa del enfoque estructural-funcionalista lo llevó a plantear una crítica directa y osada a los fundamentos teóricos de las ciencias sociales, desde postulados claramente marxistas (10, 13).

Esta postura de García quedó claramente manifiesta en un artículo insigne titulado “Medicina y sociedad: corrientes de pensamiento en el campo de la salud” (14), pero también se encuentra presente en otros escritos publicados durante los años 60 y 70 (15). Las orientaciones de García influyeron, de forma profunda, en la trayectoria intelectual de muchos médicos y profesionales de la salud latinoamericanos, como la salvadoreña María Isabel Rodríguez y el ecuatoriano Miguel Márquez, quienes se convirtieron en colaboradores de García en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), uno de los núcleos originales de irradiación del pensamiento de la MSL.

Pero a su vez, el empuje de García aglutinó a varios profesionales de la salud críticos frente a los enfoques biomédicos reduccionistas, a la práctica médica elitista, y al manejo salubrista burocrático y tecnocrático. Y entre todos, propiciaron la construcción de esa corriente alternativa de pensamiento social en salud a la que se le llamó MSL, la cual empezó a posicionarse como antagonista de la que, desde ese entonces, empezó a llamarse la salud pública tradicional. La MSL se fue fortaleciendo con la labor académica desplegada en los postgrados de medicina social de las Universidades Autónoma Metropolitana de México (1975) y Estadual de Rio de Janeiro (1976) y, en los años 80, con la fundación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) bajo el liderazgo de Asa Cristina Laurell, Saúl Franco, Jaime Breilh, Hesio Cordeiro, Everado Nunes y Sergio Arouca, entre otros (13,16).

En el ejercicio crítico y de confrontación con los modelos biomédicos y salubristas existentes, y recuperando una rica tradición de la medicina social europea, la MSL fue construyendo una identidad propia, fundamentada en una teoría social materialista (inicialmente muy marcada por el marxismo) y en el postulado de una causalidad social del proceso salud-enfermedad (que luego deviene en determinación social) y articulada con una postura po-

lítica de carácter radical, promotora de la transformación profunda de la sociedad.

Esta postura original de la medicina social latinoamericana condujo, desde muy temprano, al replanteamiento de los fundamentos teóricos de la sociología médica (17) y a la puesta en duda de los fundamentos del saber epidemiológico (18). De tal manera que la crítica a las bases epistemológicas de la epidemiología fue consubstancial al proceso de construcción de la MSL y un nicho especial de desarrollo teórico. Esta orientación ha dado pie para el desarrollo de toda una epidemiología crítica, defendida por todos los partidarios de la MSL pero desarrollada, fundamentalmente, por Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell y Naomar Almeida Filho (19-21) y también a la incorporación de las ciencias sociales en el campo de la salud y con ellas la apertura a nuevos debates (10,22,23).

Con el tiempo, la identidad de la MSL ha tenido que adecuarse a los nuevos retos y exigencias del presente, incluido el propio despliegue técnico de una epidemiología cada vez más refinada que amplía su mirada con la epidemiología social, incorporando en su acervo intelectual novedosos referentes teórico-metodológicos que, con todo, intentan conservar su espíritu crítico y su vocación emancipadora. De tal manera que, desde hace algunos años, se vive una dinámica en la cual crece su producción académico-investigativa y se complejizan sus abordajes teórico-metodológicos (11,24).

Ello, por supuesto, ha implicado que se generen múltiples tensiones dentro de la MSL (y la salud colectiva) y, al mismo tiempo, que se establezca un redoblado esfuerzo por preservar rasgos distintivos de su identidad como corriente alternativa en salud. Uno de esos rasgos, reiterado como elemento central de la propuesta de la MSL, está ligado a la comprensión de la determinación social de la salud y su enfrentamiento con las posturas positivistas.

La determinación social de la salud

Cabe señalar que no existe una única forma de entender la determinación social de la salud en la MSL. De hecho, algunos de sus más notables teóricos han planteado ciertas diferencias entre ellos y algunos trabajos recientes empiezan a ahondar en los sutiles contrastes entre los autores de esta corriente de pensamiento (20,21,23). Con todo, la idea de la determinación social se mantiene como una constante de identificación paradigmática y asociada a ella, como elementos centrales, dos nociones básicas: 1. Los fenómenos de salud y enfermedad son, por esencia, fenómenos tanto biológicos como sociales y 2. Para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas (10,21,25).

La idea de determinación social de la salud presupone, por tanto, la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad (y de la naturaleza misma de la sociedad) pero de cierta manera la trasciende al ubicar como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos. Y al hacerlo, se instaura en un terreno de reflexión epistemológica que indaga sobre las posibilidades que los sujetos tienen de conocer (y actuar en) la realidad, la cual se presenta de manera múltiple y compleja.

Con la idea de determinación social la MSL buscó participar de un debate que involucra aspectos ontológicos, referidos al funcionamiento del mundo; epistemológicos, referidos a la forma de entender el conocimiento científico y a la comprensión de la causalidad; y éticos, referidos a las posibilidades de acción de los sujetos, su libertad y autonomía. Por lo pronto, me concentraré en unos pocos aspectos epistemológicos. Debo señalar, en todo caso, que si bien mi reflexión tiene un carácter general, referido a la MSL, una gran parte de ella se basa en el análisis de la obra del médico y epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh puesto que, entre los teóricos de la MSL, es la obra que más continuidad tiene y la más cercana en nuestro medio (21,26).

Desde muy temprano, y para darle sustento a sus postulados, autores como Breilh y Almeida-Filho retomaron algunos de los planteamientos del filósofo argentino Mario Bunge para resaltar tanto la existencia de múltiples formas de determinación como el hecho de que en el campo de la salud el único proceso de determinación que generalmente es aceptado es el denominado “causal” (20, 21, 27). Por ello, la labor que emprendieron estos médicos sociales latinoamericanos fue la de criticar la “reducción causalista de la determinación” y defender la importancia de la determinación dialéctica (18, 20).

Por supuesto, esto estuvo en relación directa con el pensamiento marxista profesado por los representantes de la MSL. Y qué se retomó de la obra de Marx? Por un lado, el método de análisis que hace referencia al proceso de ascenso de lo “concreto sensible” al “concreto de pensamiento” y su vuelta mediante la síntesis de lo concreto; y, por otro lado, las categorías de producción, reproducción, mercancía, sujeto social, valor, trabajo, y clase, que al ser aplicadas en el campo de la salud y, más específicamente, en el método epidemiológico, le llevó a la MSL (y especialmente a Breilh) a formular categorías como producción de las condiciones de vida, reproducción social y “perfil epidemiológico de clase”, este último un concepto fundamental en la formulación inicial de Breilh pero discutido por otros miembros de la MSL y reelaborado después por el propio autor (21, 28, 29).

Baste subrayar por lo pronto, que en la obra de Marx existe todo un esfuerzo intelectual por descubrir las leyes de funcionamiento de las sociedades capitalistas y, por ello, existe un gran énfasis en las leyes de movimiento del modo capitalista de producción. Pero a su vez, el pensamiento de Marx identifica que el cambio se da mediante procesos contradictorios que están insertos en una tupida red de relaciones (30). Esto hace del pensamiento de Marx una propuesta dialéctica, transdisciplinaria y relacional que parte de la idea de que la sociedad se configura como una totalidad que antecede al individuo y lo determina. Y ese es el trasfondo de la propuesta dialéctica y relacional de la MSL, la cual se acompaña de la formulación marxista de que no basta conocer la realidad sino que es necesario transformarla.

Es esta idea de red de relaciones la que se opone al individualismo metodológico profesado por una buena parte de las ciencias sociales actuales y, en especial, por la corriente principal de la economía. En últimas, se asume que la sociedad es más que la sumatoria de individuos y actúa como totalidad que determina la acción individual. Por supuesto, el pensamiento marxista puede pensar en individuos pero no lo hace de modo aislado de la dinámica social en que están inscritos, por lo tanto, no lo hace de un modo abstracto y atemporal (31).

En términos generales, el planteamiento básico de la MSL es que, en última instancia, las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Y estas condiciones están dadas, fundamentalmente, por los patrones de producción y reproducción social y por ello estos son considerados determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad. Ahora bien, estos patrones, que configuran modos de vida de grupos sociales específicos, a su vez son determinados por el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción, las cuales se dan en medio de la lucha ideológica. Y todo esto debe entenderse como un proceso dinámico, en movimiento contradictorio (32).

Es por ello que al plantearse el asunto del análisis de la situación de salud de un grupo social específico, o de un conjunto de colectivos humanos, la MSL propone entender los modos de vida general que se desarrollan en una sociedad concreta, los cuales se especifican en diversas condiciones de vida particulares las cuales, a su vez, se manifiestan en estilos de vida singulares. De allí viene la formulación de lo que Pedro Luis Castellanos llama dimensiones de las formas de vida cotidiana y Jaime Breilh identifica como dimensiones de la reproducción social. Esto es, lo que comúnmente en la literatura de la MSL se menciona como las dimensiones de lo general, particular

y singular y que viene operativizándose en la llamada matriz de procesos críticos (21, 29, 33).

Ahora bien, el concepto de modo de vida adquiere un rango especial dada su centralidad para la propuesta de la MSL y ha tenido una importante discusión entre los partidarios de este corriente de pensamiento (20). Mucho del trabajo actual más creativo en la MSL está orientado, justamente, a operativizar este concepto y desplegarlo como un recurso clave para entender las formas de interacción entre las dimensiones de la realidad social y los procesos de reproducción social.

El estudio de las realidades sanitarias

Tal vez resulte importante volver a resaltar que para la MSL la búsqueda de conocimiento de la realidad social tiene sentido como recurso fundamental para participar en la transformación social. De esta forma, una buena parte de la crítica que, desde la MSL, se le hace a otras formas de plantear los estudios en el campo de la salud, en especial los estudios epidemiológicos más clásicos, está motivada por la idea de que dichos abordajes no ayudan a dicha transformación. Ya sea porque no logran entender cabalmente los procesos que determinan la situación de salud de las sociedades, porque ocultan aspectos importantes de la realidad o porque resultan funcionales para los intereses de quienes detentan el poder en las sociedades. Es por ello que la crítica suele tener una doble dimensión: científica y política.

Esta crítica a otras posturas, por supuesto, conlleva la pretensión de que la mirada desde la determinación social recoge y supera esas otras posturas y se torna un recurso más eficaz para alcanzar mejores condiciones de vida y salud y defender a las sociedades de las amenazas a las que están sometidas las cuales, hoy por hoy, incluyen su propia exterminio. No es el momento para discutir si esta presunción es acertada o no, pero es claro que el asunto pone en confrontación a quienes trabajan en el campo de la salud y genera grandes tensiones. Por ahora, sólo basta decir que para quienes trabajan en la MSL ésta presunción es una fuente importante de motivación.

Motivación que ha permitido, por más de 50 años, proponer trabajos diversos y alternos que han incluido abordajes epidemiológicos, político-administrativos, planificadores y asistencial-comunitarios. Entre ellos, voy a centrarme en los primeros para ejemplificar como operan los esquemas teóricos de la determinación social del proceso salud-enfermedad, noción que cada vez más es transformada, dentro de la MSL, en determinación de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Desde los primeros trabajos de autores como Breilh, Laurell y Almeida-Filho, que buscaban delinear teóri-

camente la propuesta de una nueva epidemiología, se percibe el interés por darle concreción a las propuestas encarando el reto de la investigación. Por supuesto, el proceso para decantar las ideas, precisar los conceptos y desarrollar las tareas investigativas ha llevado su tiempo y ha sufrido altibajos en el camino, pero ya existe un acumulado importante que, por demás, trasciende la propia labor de estos pioneros de la epidemiología crítica latinoamericana (10,12,34,35).

Para efectos de la presente exposición, voy a concentrarme en tres trabajos relativamente recientes. El primero, escrito por Jaime Breilh e Ylonka Tillería, en 2009, aborda el álgido tema de la política neoliberal y su impacto en salud, en el Ecuador de finales del siglo xx y comienzos del XXI; el segundo, escrito como tesis doctoral por Sonia Constanza Concha y presentado en el 2015, aborda el tema de la atención odontológica para mujeres embarazadas en Bogotá (Colombia) y el tercero, escrito originalmente como tesis doctoral por María Fernanda Solíz en el 2014, pero publicado como libro en 2016, aborda el tema del manejo de las basuras en Ecuador. En conjunto, los trabajos despliegan las categorías básicas de la determinación social de la salud, desde la perspectiva construida por Jaime Breilh.

En el trabajo de Breilh y Tillería (36), presentado a modo de ensayo, se discute la hipótesis de que en Ecuador los mecanismos que profundizan el modelo neoliberal, cuyo centro es el beneficio y la protección de la gran industria, generan un retroceso en el derecho a la salud y un desmantelamiento de las protecciones institucionales de asistencia y prevención. Para dar cuenta de ello, los autores plantean de entrada que la salud es un fenómeno socio-eco-biológico que requiere un abordaje amplio e integral y formulan un marco general interpretativo de la aceleración global y la salud en América Latina donde semuestran los procesos determinantes (referenciados con letras mayúsculas de la A a la F) y los procesos mediadores generales (referenciados con números de 1 al 5), los cuales conllevan modos de vida malsanos y patrones de impacto en salud con relación a los procesos determinantes, estos incluyen la globalización de los mercados, la migración, la pérdida de soberanía y la construcción de ambientes malsanos, entre otros; mientras que los procesos mediadores hacen referencia a la desestructuración de pequeñas empresas, la flexibilización laboral, la destrucción de la organización comunitaria, la incorporación de la lógica mercantil y la destrucción de ecosistemas mediante diversas formas de contaminación.

Con este modelo general de determinación, los autores desarrollan su estudio analizando, en una primera parte, la dinámica capitalista ecuatoriana desde los años 80, del

siglo xx. Este análisis de la dimensión general del problema les permite a los autores analizar, en segundo lugar, los perfiles epidemiológicos de la población ecuatoriana, utilizando algunos indicadores básicos e incorporando allí la información disponible frente al comportamiento de algunas enfermedades y daños ambientales. Todo ello, con el fin de explicar el por qué ha ocurrido un deterioro epidemiológico debido a la instauración de un modelo de desarrollo económico específico y unas políticas de ajuste estructural definidas por interés internacionales (36).

Esta aproximación resalta, como algo típico del enfoque de la determinación social, la necesidad de encuadrar los análisis en una comprensión general de las dinámicas propias de las sociedades capitalistas relacionando los patrones epidemiológicos con procesos estructurales relevantes exaltados en dicha comprensión. Si bien este aspecto no siempre resulta fácil de entender en los escritos, y no siempre las relaciones aparecen tan claras, es una premisa que siguen los investigadores inscritos en la MSL.

En el trabajo de Sonia Concha, por su parte, el esfuerzo analítico se encamina a explicar las inequidades en la atención odontológica presentes en una población especial, como lo es el grupo de mujeres embarazadas, y en un escenario local particular. Guiada por la pregunta acerca de ¿Cómo se configura el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes?, en tres localidades de la ciudad de Bogotá, la autora retoma los instrumentos analíticos propuestos por Breilh, en especial la matriz de procesos críticos y el perfil de determinación social (37).

Con la matriz de procesos críticos la autora no sólo identifica, registra y ordena los procesos críticos, esto es, aquellos aspectos que le resultan relevantes y que se tornan objetos dinámicos de transformación en los ámbitos establecidos, sino que posibilita la definición del perfil de determinación social al valorar los procesos generales desde la comprensión de su carácter protector o destructor. La complejidad del análisis resultante se hace patente al evidenciar los diseños y diagramas utilizados para ordenar la heterogénea, dispersa y amplia información recogida.

Como resultado del arduo trabajo emprendido, cuyos alcances y límites son analizados en el mismo documento, la autora logra establecer diferentes mecanismos que favorecen o limitan la atención odontológica de las mujeres embarazadas en la red asistencial de tres localidades de la ciudad de Bogotá (37).

Por último, el trabajo de María Fernanda Solíz también recoge las propuestas teórico-metodológicas de Breilh, pero las selecciona y ajusta a partir del tamiz que ofrecen dos disciplinas conexas: la ecología política y la geografía crítica. Ello complejiza aún más la formulación de la determinación social de la salud al vincularla más estrechamente con la preocupación ambiental y al definir la salud bajo un modelo socio-eco-sistémico, lo cual apunta a entender la salud como un asunto simultáneamente social, ambiental, político, económico y cultural (38).

La autora aborda el estudio de las condiciones de vida y salud de la población de recicladores de un Cantón ecuatoriano, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, y ello la lleva a estudiar la dinámica gene-

Tabla 1. Esquema elaborado a partir del trabajo de Solíz

Dominio	Componentes	Técnicas de investigación
Socio ecosistema. Contexto socio-histórico	Segregación socio-espacial del territorio. Análisis socio-histórico del territorio de ubicación del vertedero. Caracterización del modelo productivo-reproductivo del territorio. Actores en el territorio	Etnografía. Acompañamiento en 15 asambleas barriales. Análisis geográfico del territorio. Entrevistas con funcionarios de la Municipalidad del Cantón Portoviejo (Alcalde, Director de Higiene, Directora de Medio Ambiente).
Espacio barrial. Modos de vida	Análisis socio-histórico del conflicto. Identificación de procesos destructivos de la salud. Identificación de procesos protectores de la salud. Tipología de modos de vida en función de la actividad laboral. Perfiles epidemiológicos: perfiles de exposición, procesos protectores, vulnerabilidad.	Historia comunitaria Cartografía socio-ambiental participativa Testimonios. Diagnóstico comunitario participativo: Asambleas barriales participativas: construcción de árboles de sueños, miedos y compromisos, matrices FODA, diagramas en aletas de pez. Sociogramas barriales, sociogramas de la asociación de recicladores/as, sociogramas de instituciones presentes en el territorio. Construcción de agendas comunitarias
Espacio familiar Estilo de vida	Determinación de perfiles epidemiológicos diferenciados por nivel de exposición, en función de género, etapa vital, número de años de exposición y distancia de los procesos destructivos a las viviendas	Historia de Salud familiar. Cartografía de la determinación socio-ambiental de la salud física y psicológica
Espacio individual Estilos de vida	Salud individual Desajuste emocional. Procesos psicosociales. Estrés Laboral. Neurotoxicidad.	Historia de la salud individual General Health Questionary (GHQ) y Frases incompletas. Epistres Pentox

ral de producción de basura en el Ecuador y a analizar lo que ella llama la geografía crítica del desecho. Esta comprensión de la dimensión general del problema le permite encuadrar su estudio de caso, el cual es analizado con un variado conjunto de técnicas de investigación organizadas a partir de los tres dominios de la determinación: contexto socioeconómico, modo de vida y estilo de vida (Tabla 1).

Con todo este instrumental la autora puede describir el territorio, caracterizar el modelo productivo-reproductivo, caracterizar la problemática del manejo de residuos sólidos, describir los espacios barriales segregados, identificar el perfil epidemiológico (procesos protectores y destructivos), analizar las relaciones sociales, analizar los espacios laborales y las exposiciones, establecer una tipología de actores del reciclaje e identificar las principales enfermedades.

Y con una llamativa finura, el trabajo logra identificar modos de vida particulares, en el contexto geográfico estudiado, asociados a perfiles epidemiológicos específicos lo que permite que la autora pueda decir, de modo contundente, que existen cinco modos de vida derivados del tipo de actividad relacionada con la cadena de reciclaje y que ellos determinan tanto los procesos de exposición como los procesos protectores, las condiciones de vulnerabilidad y las patologías presentes (36).

Esta manera de ubicar la centralidad de la categoría del modo de vida en la construcción de perfiles epidemiológicos diferenciales, de acuerdo a la inserción que cada individuo tiene en la cadena laboral, responde al interés de la MSL por establecer los vínculos de determinación social que, en últimas, se evidencian al mostrar que la salud, la enfermedad y las formas de atención están determinadas social y ambientalmente por las condiciones de explotación, opresión y desposesión propias del modelo de acumulación capitalista.

Estos ejemplos sirven para ilustrar el tipo de trabajos y reflexiones que se desarrollan bajo la guía de la MSL, con la expresa intención de comprender los intrincados procesos que entran en juego en la determinación social del proceso salud-enfermedad. Por supuesto, el tema se presta para un análisis de mayor profundidad y existe una gran cantidad de materiales disponibles que, más allá de los ejemplos aquí utilizados, muestran cómo se analizan fenómenos concretos desde la perspectiva de la determinación social. Estas breves líneas no son más que un pequeño abrebocas para estimular una intensa discusión y una invitación para acometer la tarea de desarrollar un trabajo analítico de mayor envergadura.

Agradecimientos: A los participantes del Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud que me permitieron discutir con ellos, durante tres años, varias de las ideas aquí consi-

nadas. Y también a Jaime Breilh, Sonia Concha y María Fernanda Solíz, quienes me facilitaron, de manera generosa, sus trabajos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. CDSSS, Ginebra, 2008.
2. López O, Escudero JC, Carmona LD, Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social 2008; 3(4): 323-335
3. González R. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina Social 2009; 4(2): 135-143
4. Acero M, Caro I, Henao L, Ruiz L, Sánchez G. Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev Fac Nac Salud Pública 2013; 31(supl 1): 103-110
5. Morales C, Borde E, Eslava JC, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. Salud Pública (Bogotá); 2013;5(6):797-808.
6. Peñaranda F, Otálvaro G. El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública (editorial). Rev Fac Nac Salud Pública 2013; 31(supl 1): 0-0
7. Passos-Nogueira R. Determinantes vs determinación de la salud: raíces históricas y teóricas de un debate siempre pertinente. En: Morales C, Eslava JC. Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud. Facultad de Medicina/ Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2015, p. 77-85
8. Borde E, Hernández M, Souza MF. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. Saúde Debate 2015; 39(106): 841-854
9. Cardona JA. Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Archivos de Medicina (Col) 2016; 16(1): 183-191
10. Nunes E. Trayectoria de la medicina social en América Latina. Elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en Medicina Social. OPS. Quito, 1991: 18-137
11. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública 12(2); 2002: 128-136.
12. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. Lancet 2001; 358: 315-323
13. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud Colectiva 2011; 7(3): 285-315
14. García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educación Médica y Salud 1983; 17(4): 363-97
15. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Interamericana-McGraw Hill, México, 1994
16. Granda E. ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina. En: La salud y la vida, Vol. 1. Quito, 2009: 169-84.
17. Laurell AC. Investigación en sociología médica (primera parte). Salud Problema UAM-X 1978; 1: 5-9

18. Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología. Un ensayo de desmistificación del proceso salud-enfermedad. Tesis de Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1977.
19. Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México. Ediciones Era, México, 1989.
20. Almeida-Filho A. La Ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000.
21. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar editorial. Buenos Aires, 2003.
22. Almeida-Filho N, Paim-Silva J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos médico sociales 1999; 75: 5-30
23. Carvajal Y. El traje social del emperador y una prolongada controversia en la salud pública latinoamericana. Rev Medicina y Humanidades 2009; 1(3): 23-38
24. Tajer D. La medicina social latinoamericana en los años noventa: hechos y desafíos. En: Rojas F, Márquez M. ALAMES en la memoria. Selección de lecturas. Editorial Caminos, La Habana, 2009: 21-37
25. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos médico sociales 1982; 19: 1-11
26. Eslava JC. Explorando los inicios de la labor crítica de un pionero de la medicina social latinoamericana. En: Morales C, Eslava JC. Tras las huella de la determinación. Memorias del Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud. Facultad de Medicina/Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2015: 117-128
27. Bunge M. Causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna. EUDEBA, Buenos Aires, 1961.
28. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Rodríguez MI. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 101, OPS. Washington. 1994: 1-12
29. Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política. Distribuciones Fontamara, México, 1989.
30. Salazar F. Marx y Espinoza: problemas del método y del conocimiento. Universidad de Antioquia, Medellín, 1986.
31. Ruiz C. Crítica y dialéctica. La cuestión del Método en el pensamiento de Marx. Memoria para optar al grado de Doctor. Facultad de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid., 2010.
32. Mendoza LM, Jarillo E. Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16 (Supl. 1): 847-854
33. Castellanos PL. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez Navarro et al. Salud Pública. McGraw Hill, Interamericana, Madrid, 1998: 81-102
34. Almeida-Filho N. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida. Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. Proyecto ELAC 19, OPS, Washington, 1995.
35. Breilh J. La medicina social ecuatoriana; promesas y falencias en 50 años de producción. Avances y problemas conceptuales, metodológicos y técnicos. Ponencia presentada en el Congreso Ecuatoriano de Biopatología Andina y Tropical, Academia Ecuatoriana de Medicina, Quito, 1995.
36. Breilh J, Tilleria Y. Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Universidad Simón Bolívar, Ediciones Abya –Yala, Quito, 2009.
37. Concha S. Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá. Tesis presentada como requisito para optar al título de Doctor en Salud Pública. Programa de Doctorado Interfacultades de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2015.
38. Solíz MF. Salud colectiva y ecología política. La basura en Ecuador. Universidad Simón Bolívar, Ediciones La Tierra, Quito; 2016.