

Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México*

*Sergio López-Moreno / Oliva López-Arellano / Edgar Jarillo-Soto / Maria de los Ángeles Garduño-Andrade / José Arturo Granados-Cosme / José Alberto Rivera-Márquez Carolina Tetelboin-Henrion***

RESUMEN

La Maestría en Medicina Social (MMS) de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X) es uno de los programas en medicina social más antiguos de América Latina, y durante más de cuarenta años ha sido una alternativa en la construcción de respuestas críticas a los problemas de salud colectiva. Este trabajo presenta una sucinta relación de su evolución histórica y describe los contextos sociales y políticos en los que surgió y tuvo sus ajustes más relevantes. Más tarde se comenta el impacto que tuvo, en el programa académico de la Maestría y en la misma medicina social, la transformación del Estado social en Estado penal. En la última parte se señalan algunas perspectivas del programa para el corto y mediano plazos.

PALABRAS CLAVE: Medicina social, México, Historia, Programas de Maestría, Estado social, Estado penal.

ABSTRACT

For more than forty years, the master's program in Social Medicine of the Metropolitan Autonomous University, campus Xochimilco, in México City, has been a regional alternative in the construction of comprehensive responses to collective health problems. This paper briefly analyzes its evolution, describes both the social and political contexts from which this postgraduate program emerges and underlines its most relevant moments across time. There is further discussion on how the transformation of the Welfare State into a Criminal State had impacts not only on the development of the academic program, but also on social medicine itself. Finally, a number of theoretical pathways are proposed, looking forward to improve the program in the short and mid-terms.

KEYWORDS: Social medicine, Mexico, History, Master's degree, Welfare State, Criminal State.

* Este trabajo es producto de la línea de investigación "Historia de la Maestría en Medicina Social de la UAM-X", desarrollada en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X. Algunos de sus contenidos se presentan en Jarillo Soto y Granados Cosme (coordinadores) (2016). LA MEDICINA SOCIAL EN MÉXICO. CUARENTA AÑOS DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL. México: UAM-X.

**Profesores investigadores de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2016.

Fecha de aceptación: 10 de febrero de 2017.

Introducción

La Maestría en Medicina Social, fundada en 1975, fue el primer posgrado en la Universidad Autónoma Metropolitana. Asentada en la Unidad Xochimilco, surgió como resultado de múltiples procesos económicos, sociales y políticos, y desde su nacimiento ha mantenido una postura crítica frente a la investigación y educación convencionales en materia de salud pública. La propuesta formativa de la MMS supone la necesidad de comprender los procesos de la salud, enfermedad y atención como resultado de la estructura de la sociedad, la dinámica de las relaciones sociales y las condiciones en que viven los sujetos y grupos humanos. Desde su diseño, el programa ha renunciado a la visión unidisciplinaria del mundo, recurriendo a las ciencias sociales como forma privilegiada para la comprensión de los problemas sanitarios. Por esta razón sistemáticamente ha hecho uso de categorías epistémicas provenientes del materialismo histórico clásico, la escuela de Frankfurt, el estructuralismo francés, la antropología médica crítica, las teorías sobre la complejidad y la biopolítica, entre otros saberes.

Por cuarenta años la MMS ha sido una alternativa en México y América Latina en la construcción de respuestas críticas a los problemas de salud colectiva. En este trabajo se presenta sucintamente su evolución histórica y se describen los contextos sociales y políticos en los que surgió y tuvo sus ajustes más relevantes. Al final se plantean algunas perspectivas para el corto y mediano plazos. Por razones de exposición, la evolución del programa se ha dividido en décadas: 1975 a 1985; 1986 a 1995; 1996 a 2005, y 2006 a 2016.

La MMS y la nueva gran transformación

En Archipiélago de excepciones (Bauman, 2008), a fin de explicar los acontecimientos que definen el siglo XXI, Zygmunt Bauman rescata una idea sugerida por Karl Polanyi en los años cuarenta del siglo veinte -llamada la *gran transformación* (Polanyi, 2003)- y que fue útil para explicar el surgimiento del nazismo, el fascismo y las dos Grandes Guerras del siglo XX.¹ De acuerdo con Bauman, las tres décadas que siguieron inmediatamente a la Segunda Guerra Mundial, se caracterizaron por la reconstrucción económica de posguerra, un “optimismo desarrollista” que impulsaba un Estado incluyente, un modo de vida basado en la búsqueda del bienestar y un sistema de convivencia asentado en los derechos sociales. En este periodo se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se firmaron los pactos que dieron origen a los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), se universalizó la seguridad social y experimentaron un extraordinario auge los movimientos de liberación nacional, el combate al *apartheid* y la lucha por los derechos de las mujeres y los homosexuales. Esta etapa, según la clasificación propuesta por Loïc Wacquant, corresponde a la fase del Estado social o *Estado de Bienestar* (Wacquant, 2010).

La *nueva gran transformación*, según Bauman y Wacquant, consistió en la transformación del *Estado Social* -surgido en la primera mitad del siglo XX y generalizado entre 1945 y 1980- en una especie de *Estado Penal*, caracterizado por utilizar los instrumentos de la justicia criminal para

¹ La *gran transformación* ocurrió, según Polanyi, entre los siglos XVIII y XIX y básicamente se caracterizó por la mercantilización absoluta de la tierra, la fuerza de trabajo y el dinero; el sometimiento mundial al sistema de oferta y demanda, y aparición de la sociedad de mercado como la única forma de organización de la vida social. Dicha transformación termina en 1945 con los tratados de paz que dieron fin a la Segunda Guerra Mundial.

sostener la paz pública. En este viraje la inquietud principal de los gobernantes ya no fue el combate a la pobreza o la desigualdad, sino la seguridad de las personas y el resguardo de la propiedad privada. Lo importante es que tales preocupaciones aparecieron prácticamente al mismo tiempo que los desórdenes generados por el desempleo masivo, la generalización del trabajo precario y el hundimiento de la seguridad social. El sistema de control punitivo, aceleradamente creciente al inicio de los ochenta, forma parte fundamental de las políticas gubernamentales de Ronald Reagan, Margaret Thatcher y la nueva derecha chilena, y constituye un elemento estratégico para el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la adopción del neoliberalismo como política económica impulsada desde Inglaterra y los Estados Unidos.

La nueva gestión del miedo generalizado, que comenzó en el Cono Sur en los años setenta y en los noventa creció extraordinariamente en el mundo occidental, convirtió a los refugiados, los migrantes económicos y los ciudadanos necesitados de asistencia social -que antes eran simplemente *pobres*- en individuos peligrosos, culpables y, en algunos casos, carentes de toda humanidad. Esta retracción del Estado desde el ámbito económico hacia la intervención penal se manifestó sintomáticamente con la exportación a todo el mundo de las políticas norteamericanas de *tolerancia cero*, el cierre de las fronteras europeas a la inmigración y la criminalización universal de la pobreza. En resumen, señala Bauman -sintetizando las propuestas de Loïc Wacquant, Ulf Hedetoft y David Garland- al finalizar la década de los setenta el *Estado social* fue prácticamente sustituido, casi en todo el mundo, por la cultura del control y el *Estado penal*.

El Estado, que durante la reconstrucción de la posguerra desarrolló diversos instrumentos de

seguridad social y protección ciudadana -especialmente entre la población vulnerada- inició una carrera hacia el Estado mínimo, básicamente excluyente, dispuesto a proteger exclusivamente los “derechos” de aquellos que, de una u otra forma, pudieran pagar por ellos. Todo ello produjo una creciente masa de individuos despojados prácticamente de toda humanidad, una población excedente formada por los *residuos del progreso económico* (Bauman, 2005).

La inercia que para ese momento mantenía vivo al *Estado social* continuó por algunos lustros, en particular en los países periféricos, dando la impresión de que la lucha por los derechos civiles, los movimientos de liberación y la ampliación de los derechos económicos continuaría por mucho tiempo y seguiría dando frutos. En ese contexto mundial de profunda transformación económica y social surgió la maestría en Medicina Social de la UAM-X.

Surgimiento de la MMS

La creación de la UAM fue parte de los intentos del Estado mexicano por recuperar la hegemonía que perdió como consecuencia de los conflictos políticos de 1958 a 1971, y una respuesta a la creciente exigencia educativa de una clase media urbana más amplia, culta y exigente. Entre los principales fenómenos que contribuyeron al surgimiento de la MMS estuvieron el movimiento estudiantil del 68 y diversos cuestionamientos al autoritarismo estatal, como los levantamientos campesinos de Chihuahua, Guerrero y Morelos, los movimientos sindicales y gremiales del centro del país y las guerrillas urbanas y rurales. Todo ello contribuyó a generar una atmósfera de gran efervescencia política y de cambio. Adicionalmente, con el establecimiento de la UAM, el Estado respondió a la demanda de profesionistas

que buscaban incorporarse a los espacios académicos.

En este marco de intensa movilización social destaca la influencia del pensamiento marxista, estimulado por el triunfo de la revolución cubana de 1959. La revolución cubana jugó un papel crucial en el nacimiento de la medicina social latinoamericana, al propiciar un ambiente que invitaba a la crítica de las instituciones sociales y la transformación política de los gobiernos. Autores como Freire, Althusser y Piaget formaron la base de la propuesta pedagógica -horizontal, no subordinada, participativa, sustentada en la práctica y la participación política- que está todavía en el centro del proceso de enseñanza de la UAM y es componente esencial de su filosofía educativa (Arbesú, 2004). La UAM fue pionera del movimiento pedagógico alternativo en México al desafiar las formas convencionales de educación superior, que en última instancia funcionan para sostener y reproducir las condiciones sociales y económicas vigentes. La aparición de la UAM en 1974 abrió un espacio desde el cual se han desarrollado concepciones alejadas -ética y epistemológicamente- de los viejos modelos de organización universitaria, los sistemas pedagógicos arcaicos y las prácticas disciplinarias basadas en el dogmatismo.

Dentro de la propia UAM, la Unidad Xochimilco destacó por la creación de un innovador sistema pedagógico expuesto en su documento fundacional, conocido como Documento Xochimilco (UAM, 1974). Entre sus propuestas, dos son fundamentales: i) el papel de la universidad en la transformación de la sociedad y, ii) la necesidad de organizar la docencia, la investigación y la difusión, en razón de las necesidades de los grupos menos favorecidos, reivindicando el compromiso universitario con las clases y luchas populares.

La MMS se propuso desde su concepción formar profesionales afines a este sentido liberador, acercando la reflexión conceptual, la comprensión teórica y la acción práctica de sus egresados a la realidad social de las clases mayoritarias. Constituyó un programa de posgrado único en su tipo y novedoso en su perspectiva, tanto en México como en América Latina, acompañando la experiencia surgida en la Maestría en Medicina Social de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil (Mercer, 1978).

Como se ha mencionado, la creación de la maestría en Medicina Social en la UAM fue impulsada por Ramón Villarreal, primer rector de la Unidad Xochimilco, quien solicitó al doctor Luis Felipe Bojalil organizar un equipo, encabezado por Hugo Mercer, que incluía a un grupo de médicos comprometidos con el pensamiento crítico en salud. Entre ellos se encontraban Juan César García, José Roberto Ferreira, Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez. Todos ellos habían impulsado desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la reflexión sobre el carácter social de la salud y la inclusión de las ciencias sociales en el currículo de las carreras relacionadas con la salud (Villarreal, 1985). Su apoyo en la creación de la MMS fue crucial y permitió articular los conceptos germinales de la medicina social, desarrollados en un debate que llevaba ya casi treinta años y supuso la participación de decenas de académicos de toda América Latina. El pensamiento de intelectuales preocupados por la relación entre política, cultura y salud -como Bolívar Echeverría y Sergio Arouca- resultó fundamental para la formulación de los modelos epistémicos propios de la medicina social latinoamericana. El programa fue diseñado y operado inicialmente por Hugo Mercer, José Carlos Escudero, Catalina Eibenschutz y Pedro Crevenna (Villarreal, 1985). Más tarde se integraron Asa

Cristina Laurell, Clara Fassler y Fernando Mora, fortaleciendo el desarrollo conceptual y operativo del posgrado.

Primeras tres décadas: Sustitución del Estado Social por el Estado penal

La primera década de la MMS se desarrolló en un ambiente académico en el que el pensamiento crítico era ampliamente aceptado, con apoyos institucionales internacionales y amplia proyección desde entidades como la OPS (Mercer, 1978). En este periodo la maestría desarrolló sus principales objetos de conocimiento, surgidos sobre todo del marco de las ciencias sociales. El concepto de *proceso-salud-enfermedad*, categoría clave de la medicina social contemporánea, permitió pensar la salud más allá de su dimensión clínica y concebir a la enfermedad en un marco distinto del curativo. Este concepto, propuesto y desarrollado por Asa Cristina Laurell y Hugo Mercer, permitió ubicar a la salud como un fenómeno social, histórico y colectivo que, en última instancia, se expresa en cada sujeto y grupo poblacional según su lugar en el proceso productivo y las relaciones sociales de producción. Para su análisis empírico se adoptaron categorías provenientes de la economía política -como *reproducción social, proceso de trabajo y clases sociales*- desplegadas de manera que permitieran reconstruir y explicar la determinación social del *proceso salud-enfermedad* en grupos específicos (Laurell, 1982). Los conceptos de *desgaste, reproducción, perfil epidemiológico de clase y saber médico* se convirtieron en categorías de uso frecuente en la medicina social mexicana (Laurell *et al.*, 1991). El uso de otros conceptos, académica y políticamente coincidentes -como el de *modelo médico hegemónico*, acuñado desde la antropología médica crítica por Eduardo Menéndez- se convirtió en fundamental. Durante este periodo la MMS estableció vínculos con

comunidades rurales y grupos de trabajadores urbanos en distintos lugares del territorio nacional. Las investigaciones se orientaron a realizar análisis sobre el saber médico, diagnósticos alternativos de salud y generar propuestas en salud para grupos organizados de obreros y campesinos (Eibenschutz, 1978). En 1978 se creó la Revista Salud Problema y se instituyó el Curso Monográfico en Medicina Social, destinado a la capacitación de profesionales de México y Latinoamérica en este campo de saberes.

En contraste, el periodo 1986-1995 estuvo marcado por la recomposición geopolítica del mundo, el derrumbe del socialismo soviético y la caída del muro de Berlín. Los gobiernos de Margaret Thatcher y Ronald Reagan perfilaron un mundo unipolar, imponiendo a los países la primacía del mercado como ordenador de la vida social y postulando la “modernización” neoliberal del Estado como estrategia para el futuro (Banco Mundial, 1993).

Este ajuste del modelo económico -que en México se combinó con la crisis económica que había iniciado en 1982- reforzó el sistema político autoritario y propició un severo recorte presupuestal, impactando directamente a las instituciones públicas y en particular a los sectores de salud y educación. El contexto institucional se caracterizó entonces por la insuficiencia de los recursos, la imposición de una visión productivista del quehacer académico y la descalificación de la politicidad del campo médico-social. Ante las nuevas condiciones del entorno internacional y nacional fue necesario replantear las formas de funcionamiento y vinculación universitaria. Sin perder su identidad médico-social, la maestría logró sortear las dificultades a través de la realización de proyectos financiados con participación de alumnos, la reorganización de sus cursos, la concentración

de la investigación alrededor de la Ciudad de México y la adecuación del ya mencionado Curso Monográfico en Medicina Social.

Durante su segunda década de vida la MMS incorporó temas y formas de abordaje que enriquecieron su propuesta fundacional sobre la determinación social del *proceso salud-enfermedad*. El periodo estuvo marcado por la diversificación y consolidación de temas, la creación de categorías intermedias sobre el proceso salud-enfermedad y el desarrollo de investigaciones de campo. Los proyectos de investigación abordaron, entre otros temas, las relaciones entre salud y trabajo (en los que Mariano Noriega jugó un papel fundamental); las relaciones entre salud y territorio (donde destacan los trabajos germinales dirigidos por José Blanco Gil); los perfiles epidemiológicos de comunidades rurales, y las relaciones entre género y salud (Garduño *et al.*, 2009). En materia de políticas y prácticas en salud fue especialmente relevante la oposición de la MMS a supeditar los sistemas públicos de salud a las fuerzas del mercado, tendencia impulsada mundialmente por los organismos multinacionales de financiamiento (Banco Mundial, 1993). En esos años el estudio de las reformas sanitarias cobró gran fuerza en todo el mundo y la MMS participó en el debate internacional, principalmente latinoamericano, sobre los propósitos y consecuencias de las reformas neoliberales en salud.

Frente a la corriente hegemónica latinoamericana -que festejó la reforma sanitaria neoliberal- la MMS mantuvo como aspiraciones político-académicas la defensa del derecho a la salud, la obligación del Estado de garantizar este derecho y la necesidad de crear un sistema único de salud de cobertura universal. De esta manera, las investigaciones sobre la reforma sanitaria y sus consecuencias contribuyeron a formar una corriente crítica

en México frente a la transformación neoliberal de las políticas de salud. En este periodo destaca la asesoría parlamentaria a las comisiones de Salud y Seguridad Social del Congreso de la Unión en la elaboración de propuestas alternativas a la Ley del Seguro Social y el diseño de una reforma capaz de garantizar el derecho a la protección integral de la salud.

El posicionamiento político de la MMS se expresó claramente durante el levantamiento zapatista de Chiapas del 1 de enero de 1994, cuando docentes del programa participaron en los foros y seminarios organizados por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional para analizar la problemática de salud nacional.

Al iniciar el siglo XXI, el sistema de control punitivo -que creció de manera extraordinaria con los gobiernos de Thatcher y Reagan, la Guerra del Golfo y la invasión de Irak- se fortaleció con el ataque del 11 de septiembre a las Torres Gemelas de Nueva York, permitiendo la creación de un nuevo “enemigo” de Occidente. Ese evento vigorizó las políticas de seguridad nacional y protección personal como eje de las acciones de gobierno, acelerando el desmantelamiento del Estado Benefactor y el desmoronamiento de la seguridad social. Adicionalmente, a la flexibilización laboral, la precarización del trabajo y la limitación de las ayudas sociales -que Loïc Wacquant denomina sintéticamente la imposición del *trabajo asalariado de miseria*- se han agregado, por parte de las agencias de gobierno, una serie de propuestas relacionadas con la “responsabilidad” personal de las condiciones de vida, entre las que destacan las condiciones de salud. Entre los ejemplos más representativos se encuentran el consumo de tabaco, que dejó de ser un hábito para convertirse en una enfermedad, y la medicalización de la obesidad que, en la práctica, aparece como responsabilidad

absoluta de quien la padece. Esta situación parece ser el correlato médico de lo ocurrido en materia de pensiones, por ejemplo, pues el bajo ingreso de los ancianos sería resultado de no haber ahorrado lo suficiente cuando eran trabajadores (OCDE, 2015). En este sentido, quien resulta peligroso y culpable es el propio individuo, aunque sea para sí mismo.

En resumen, los desórdenes generados por la desigualdad económica, el desempleo generalizado, la inmigración masiva y el empobrecimiento creciente, son resueltos hoy por el Estado mediante la simple aplicación de la justicia penal. Esta cultura del control utiliza sistemáticamente como argumento la legitimidad de los “ciudadanos de bien” a tener miedo al “intruso”, al diferente, quien viene a perturbar su sensación de seguridad, su confianza o, incluso, el paisaje que está acostumbrado a contemplar (Garland, 2001).

Durante la década de 1996 a 2005 la salud se mantuvo en el centro de la embestida neoliberal y la MMS documentó activamente el desmantelamiento de las instituciones públicas de seguridad social y propuso alternativas para salvaguardar los intereses de la población más vulnerable. Algunas propuestas sobre sistemas públicos de salud, universales, gratuitos, solidarios e integrales desarrolladas en la MMS se implementaron con la llegada de Asa Cristina Laurell a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Bajo su conducción se impulsaron entre 2000 y 2006, numerosas leyes, planes, modelos de atención, programas de gratuidad y servicios basados en una perspectiva que considera a la salud como un derecho fundamental de las personas.

La creación del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC), en 2003, incorporó los avances realizados en las tres décadas previas por diversos

grupos latinoamericanos -particularmente en Brasil, Ecuador y México- bajo la perspectiva sanitarista, médico social y de salud colectiva. Su enfoque reconoce la naturaleza multidimensional de la salud y el carácter político del quehacer sanitario. Fue en esta etapa en la que se desarrollaron propuestas cada vez más complejas sobre el derecho a la salud y la ética de la salud colectiva. En este periodo se fortaleció la investigación en materia de subjetividad y salud, así como su papel en la explicación y determinación del *proceso salud-enfermedad*, impulsando el desarrollo de aproximaciones cualitativas. La incorporación de los postulados médico sociales en otros programas de posgrado se consolidó con la participación que desde los ochentas mantenía la MMS en la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública. A escala latinoamericana, la maestría participó en la creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Para la MMS esta asociación ha sido un espacio permanente de reforzamiento académico y político, y la concertación de los esfuerzos de ambos grupos contribuyó a formar con éxito la asociación correspondiente en México (ALAMES-México).

Egresados de la MMS han jugado un papel relevante en la creación de otros programas universitarios de investigación y enseñanza en medicina social, tanto en pregrado como en posgrado. El impacto de los egresados también ha sido visible en los servicios públicos de salud, así como en algunas organizaciones no gubernamentales. Su principal aporte ha consistido en la capacidad para plantear problemas complejos en salud, generar propuestas de intervención sanitaria dentro del marco general de los procesos políticos e incluir la participación de las poblaciones afectadas.

El crecimiento teórico y metodológico de la década de 1996 a 2005 sentó las bases para la

expansión conceptual del modelo médico-social y su práctica en la siguiente década. Se configuraron nuevas formas de vinculación con otros programas de posgrado en México y América Latina, así como con los actores sociales, institucionales y políticos que forman actualmente una parte fundamental de la articulación de la MMS con la sociedad: organismos no gubernamentales, gobiernos locales, instituciones y servicios de salud, redes académicas, asociaciones políticas y observatorios ciudadanos.

Última década: criminalización de la marginación, cultura del control y biosegregación

De 2006 a 2016 el contexto internacional se caracterizó por la reducción extrema del Estado, la apropiación transnacional de territorios y recursos naturales y el aumento de los intercambios comerciales operados mediante acuerdos de libre mercado. Todo ello provocó un cambio sustantivo en las condiciones de producción y consumo del mundo entero, con la subsecuente modificación de las condiciones de vida de millones de personas, acentuando el consumismo y dañando el ambiente. La privatización masiva de bienes, servicios y beneficios sociales destruyó su carácter de bienes públicos, provocando la profundización de la pobreza y las desigualdades -incluso en países con una larga tradición en materia de bienestar- alentando la emigración masiva hacia los países ricos, quienes prácticamente cerraron sus fronteras.

La militarización de la vida cotidiana que siguió a la crisis provocada por el ataque a las Torres Gemelas terminó de satanizar a la población islámica -y de hecho, a cualquier manifestación que represente una visión distinta al modelo de pensamiento occidentalizado- dando paso a un nuevo terrorismo de Estado cuya base política y militar se asienta en Washington. Como respuesta,

el extremismo islámico se recrudeció abriendo una modalidad de guerra basada en el terrorismo fundamentalista. Paralelamente, la violencia desatada en el contexto de la guerra al narcotráfico creció descomunadamente, creando una atmósfera de inseguridad que sirvió para justificar el uso de casi cualquier forma de violencia estatal. El resultado ha sido una verdadera cruzada contra el Islam y el narcotráfico que, en nombre de la “libertad” y la “seguridad”, se despliega violando sistemáticamente los derechos humanos fundamentales, criminalizando la protesta social y militarizando las fronteras de todo el mundo (Canfora, 2007). En el caso de los asentamientos palestinos vecinos a Israel, de la migración siria que busca seguridad en Europa y de la oleada de migrantes mexicanos que intentan ingresar a los Estados Unidos, la respuesta es similar: la construcción de muros y la militarización de las fronteras. La exclusión irracional del “otro”, marcada por la *biosegregación* selectiva denunciada hace dos décadas por Giorgio Agamben constituye -por lo menos hasta ahora- el signo distintivo de las políticas norteamericanas de penalización preventiva (Agamben, 1999).

En contraste con la dinámica mundial, al comenzar este periodo surgieron en Sudamérica gobiernos progresistas que intentaron revertir la tendencia marcada por el capital internacional. Algunos gobiernos surgidos de las antiguas guerrillas latinoamericanas, por ejemplo, reivindicaron la soberanía popular, impulsaron reformas redistributivas y nacionalizaron sus recursos naturales (agua, petróleo y minería) a fin de mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones. En los últimos años los gobiernos de Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Ecuador y Venezuela se propusieron modificar la distribución de la renta nacional para reducir las desigualdades socioeconómicas e impulsar acuerdos comerciales que limitaran la influencia de los Estados Unidos de América.

México, Chile, Perú y Colombia, contrariamente a la mayoría de países latinoamericanos, continuaron en la ruta neoliberal. Adicionalmente, México experimentó una profunda polarización política y social como resultado de la lucha electoral de 2006 por la Presidencia de la República. La ilegitimidad del presidente Felipe Calderón, surgida de las irregularidades del proceso electoral, provocó el surgimiento de una estrategia de gobierno basada en la guerra al narcotráfico. Esta lucha -que no modificó las estructuras financieras del narcotráfico- implicó la salida del ejército a las calles, afectando más a la población civil que al crimen organizado. Se estima que la crisis de seguridad pública que siguió a la generalización de la violencia en el territorio nacional causó, entre 2006 y 2016, más de 26 mil desaparecidos y cerca de 200 mil muertos, provocando una significativa reducción en la esperanza de vida en la población de hombres jóvenes.

En esta década ocurrió un fenómeno político que vale la pena señalar debido a su relevancia para la medicina social. Mientras que en el resto del país los costos de la guerra contra el narcotráfico se sumaron al aumento de la desigualdad provocado por el modelo neoliberal, en la Ciudad de México se consolidó un régimen político de centro izquierda que propuso una política social amplia y redistributiva (Laurell, 2003). En materia de salud el contraste fue extremadamente marcado. A escala federal se creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (de tendencia francamente neoliberal), mientras que en la Ciudad de México se implantó el acceso universal a los servicios médicos y la gratuidad de los medicamentos. Infortunadamente, tal como ocurrió en buena parte de los países latinoamericanos, los enormes intereses afectados respondieron limitando severamente los programas e incluso revirtiendo, más

tarde, las medidas que beneficiaban a la población más desfavorecida.

Durante la última década la MMS fortaleció su interacción con el sector público, llevando a cabo la evaluación externa de varios programas estratégicos de la Secretaría de Salud. Esta vinculación ha permitido evaluar la operación de la política pública en procesos particulares, como el abasto de medicamentos, el Sistema Integral de Calidad en Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las acciones de Salud Pública desplegadas a escala nacional. Además de la vinculación con el sector público, en este periodo la MMS y el DCSC diversificó sus temáticas, ámbitos de acción y actores. El cuerpo docente participó activamente en espacios de la sociedad civil ampliamente reconocidos, como el Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud, el Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, el Observatorio Ciudadano ¿Cómo vamos ciudad de México?, la organización internacional *World Justice Project* y la Plataforma de Organizaciones de la Sociedad Civil. También participó en debates y seminarios en el Senado de la República y la Cámara de Diputados, así como en la elaboración de documentos técnicos especializados en salud y derechos, como el Informe Alternativo de la Sociedad Civil al Primer Informe de México sobre el Protocolo de San Salvador.

La Revista Salud Problema fundada por el programa en 1978 -que en 1996 inició una nueva época- continuó publicándose de manera prácticamente ininterrumpida, modificando en 2012 su plataforma para difundirse en forma electrónica. Para esa fecha las contribuciones a la revista se habían diversificado notablemente al incluir, además de los temas clásicos de la medicina social -relacionados con la distribución y determinantes

de la salud y las políticas y prácticas en salud-trabajos relativos a la reforma de los sistemas de salud, la seguridad social, la descentralización de los servicios y los programas gubernamentales emergentes, como Oportunidades y Seguro Popular. Cada vez fue más frecuente publicar trabajos empíricos anteriormente poco visitados por la medicina social -como género, sexualidad, alimentación, obesidad, violencia, migración, pertenencia étnica, etcétera- e incluso estrictamente teóricos, como complejidad, biopolítica, bioética o epistemología.

En síntesis, excepto en su primera década, la MMS se ha desarrollado en un contexto abiertamente adverso, proclive al mercado y hostil al pensamiento crítico y al quehacer académico comprometido. Ha tenido que enfrentar la crisis de la educación pública y de la educación superior en México, sosteniendo, en lo esencial, un pensamiento orientado a transformar la sociedad. Ha resistido, adaptándose a las nuevas condiciones, pero sin renunciar a la identidad teórica y al compromiso político que la distingue de otros posgrados.

La MMS frente al pensamiento disciplinario, el positivismo y la salud pública convencional

A lo largo de sus cuarenta años la MMS ha logrado impulsar y sostener, académica y políticamente, una postura crítica sobre el origen y condiciones del *proceso salud-enfermedad* y la forma en que la sociedad responde a sus problemas (Iriart *et al.*, 2002). Sus contribuciones no han sido lineales ni exentas de contradicciones, y pueden enmarcarse en tres grandes esferas: en la formación de recursos de posgrado, en la acción política y en la construcción conceptual. Señalaremos algunos aportes en este último terreno.

Desde su inicio, el pensamiento médico social tuvo que enfrentarse a las disciplinas dominantes en el campo de la salud. La propuesta de reconstruir la salud como un nuevo objeto de estudio se enfrentó a la rigidez de las ciencias naturales -y de la mayoría de las ciencias sociales- que históricamente han marcado la ruta de investigación e interpretación de este concepto. La confrontación fue ineludible debido a que las ciencias naturales se erigieron desde el siglo XIX como el único saber válido sobre la naturaleza y, por lo tanto, sobre el cuerpo y sus alteraciones (Nunes, 1991).

Para la MMS resultaba epistemológicamente necesario subordinar el orden biológico a su dimensión socio-histórica, proponiendo una explicación nueva, distinta, distanciada de los aportes de las ciencias naturales, que pueden explicar cierto nivel de organización de la vida y la salud, pero nunca la complejidad de la vida en sociedad de los seres humanos. Este proceso no puede ser explicado utilizando, ni exclusiva ni fundamentalmente, el marco disciplinario de las ciencias naturales. Para comprender a la salud como fenómeno complejo, determinado históricamente, este marco ha sido superado desde sus inicios por la MS (López y Blanco, 1994).

Esta ruptura disciplinaria no sólo cuestionó los contenidos de las disciplinas naturales, sino la misma forma de organizar el pensamiento y explicar la realidad. Aunque la medicina social no niega el valor de las ciencias naturales para los objetos que le son propios, las redimensiona en un marco que las integra sin sujetarse a su estructura epistemológica. De esta manera, debe reconstruir cada uno de los aportes científicos emanados de las ciencias biológicas, en ocasiones incorporándolos al marco de la medicina social y en ocasiones abandonándolos, al revelarse su limitada validez y capacidad explicativa. Este proceso implica la

integración de conocimientos de distintos campos y niveles, y la construcción interdisciplinaria de nuevos objetos mediante el uso de mecanismos complejos de orden gnoseológico y científico (Jarillo y Arroyave, 1995).

Así, la medicina social ha devenido en un campo de saberes multi, inter y transdisciplinario nutrido de conocimientos que provienen de las ciencias naturales, las ciencias sociales y la filosofía. Una de las dificultades pedagógicas que debe enfrentarse durante la formación de los estudiantes consiste precisamente en lograr la ruptura epistemológica con el pensamiento positivista, disciplinario, lineal y mecánico, a fin de comprender las características y formas de operación del pensamiento social en relación con la realidad concreta.

A cuatro décadas del surgimiento de la medicina social contemporánea no puede sostenerse que ésta ha logrado sustituir el paradigma cientificista de interpretación de la salud. Sin embargo, la difusión del pensamiento médico social es cada vez más amplia, tiene un reconocimiento académico indudable y, además del plano formal de la ciencia, se inserta en los espacios de influencia política y social. De este intenso debate pueden destacarse dos aspectos centrales. El primero se refiere al desarrollo epistémico generado en el seno de la medicina social, que no sólo ha logrado generar categorías y conceptos propios sobre el *proceso salud-enfermedad y atención*, sino métodos y técnicas con los que pueden ser investigados. Es justo en este espacio donde la hegemonía de los métodos positivistas como fuente de producción de conocimientos científicos fueron por siglo y medio casi indiscutidos, y ha sido un verdadero reto epistemológico lograr que la comunidad científica reconozca los conocimientos emanados del pensamiento médico social, así como los criterios que confieren validez y veracidad a sus aportes.

El segundo aspecto se refiere al impacto del saber sobre la salud en la esfera política, terreno en el que los saberes generados desde la academia se despliegan para transformar las condiciones de vida, de trabajo y de salud de los grupos sociales. Esta esfera remite inevitablemente al uso de la ciencia por la sociedad en su conjunto, pero especialmente por quienes detentan el poder político. Los tomadores de decisiones son quienes finalmente, al darles uso y ponerlos en práctica, otorgan existencia social a los postulados científicos, incluso al margen de su validez científica. Así, la demostración de postulados, la veracidad de enunciados, la posibilidad de replicar los procedimientos o la interpretación de los datos, por ejemplo, pueden estar totalmente viciadas por el ejercicio de poder. Los tomadores de decisiones, los grupos de presión, los intelectuales orgánicos o los funcionarios públicos poseen visiones modeladas por su formación, que frecuentemente obedecen a la lógica del pensamiento hegemónico. En este terreno, la MMS ha tenido un impacto relativamente notable, especialmente en el diseño y operación de programas de salud en la Ciudad de México y en América Latina a través de la inserción de sus egresados.

La medicina social no sólo ha tenido que enfrentarse al positivismo como visión general del mundo, sino a la salud pública convencional como su representante en la esfera sanitaria. Esta disciplina, desde que fuera reconocida como disciplina legítima en la primera institución que la enseñó -la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins- enfrentó la disyuntiva de basarse en un pensamiento biologicista o en saberes emanados de las ciencias sociales. Al decantarse de las ciencias naturales, la salud pública no sólo adoptó un cuerpo teórico, sino al positivismo como modelo de pensamiento. El diseño de las políticas sanitarias actuales se basa en este tipo

de salud pública que, bajo el nombre de “nueva salud pública”, utiliza abordajes basados en el estructural-funcionalismo y argumentos de eficiencia técnica como elementos centrales de la toma de decisiones, sustentando sus principios en la ética del mercado y el individualismo. Esto la contrapone a la visión de la medicina social, basada en la consideración del contexto histórico y el concepto de determinación social, la búsqueda de la equidad, la solidaridad y el respeto de los derechos humanos como soporte del desarrollo social. Por esta razón, lograr el reconocimiento de la medicina social no sólo ha requerido su aceptación como campo legítimo de saberes (en la esfera epistémica), sino conseguir que sus posturas políticas sean aplicadas y examinadas a la luz de evidencias prácticas, enfrentando y superando a la salud pública y sus manifestaciones en la esfera política.

De acuerdo con el materialismo histórico, los fenómenos colectivos de salud son expresiones particulares y concretas de la forma que adopta la base económica de la sociedad en cada momento de la historia, y a través del estudio de esta base económica puede comprenderse la dinámica de los fenómenos sanitarios. La categoría central a partir de la cual la medicina social ha construido la mayoría de sus definiciones conceptuales y teóricas es la de *determinación social*. Su permanencia como categoría fundamental durante cuatro décadas obedece a su capacidad para explicar fenómenos complejos de la salud enfermedad colectiva y el estado de las respuestas que la sociedad despliega para enfrentarlos.

En la actualidad es un hecho irrefutable que la salud no puede explicarse exclusivamente a partir de las condiciones del ambiente, la conducta personal o el contacto con organismos biológicos, y que las condiciones económicas, políticas, ideológicas

y culturales definen la salud, la enfermedad y su atención. La categoría *determinación social*, utilizada por la MMS desde hace cuarenta años,² fue empleada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para construir el modelo empírico de *determinantes sociales de la salud* (DSS), aunque sin cuestionar las condiciones de fondo que explican la desigualdad. De esta manera, la medicina social logró colocar en el escenario mundial el concepto de DSS (Waitzkin *et al.*, 2001; Iriart *et al.*, 2002; Tajer, 2003). Aunque la noción que hoy sostiene la OMS sobre los DSS es un avance con respecto al modelo de *factores de riesgo*, su perspectiva no se articula con la concepción de la salud como un complejo proceso determinado por la historia y las condiciones sociales, y un derecho humano universal e impostergable, tal como sostiene la medicina social. El positivísimo científico, la eficiencia técnica y las evidencias de costo-efectividad siguen siendo los protagonistas principales del campo sanitario.

Perspectivas en el corto y mediano plazos

Los elementos planteados son la base para diseñar el futuro inmediato de la MMS. No cabe duda que los escenarios económico y político de México y el mundo apuntan a fortalecer las posiciones del capital. Por esta razón no se avizora un escenario favorable para el movimiento sanitario y la vida académica. En materia de salud, los años por venir estarán definidos según se adopte alguna de estas dos posibles posturas:

Una posición economicista, positivista e individualista, basada en propuestas emanadas

² Desde su surgimiento y hasta la actualidad, la MMS imparte un módulo denominado Distribución y Determinantes de la Salud Enfermedad (Mercer, 1978; MMS, 1979).

fundamentalmente de los modelos de mercado sobre las acciones de salud;

Una postura crítica, colectivista, de base solidaria, derivada de la explicación social de los fenómenos sanitarios y el reconocimiento del derecho universal a la salud y la igual dignidad de las personas, lo que es posible en una sociedad distinta a la capitalista.

La medicina social -como ha hecho desde su nacimiento- afirma que la segunda vía es la única capaz de responder a los problemas de salud de las grandes mayorías. En un contexto caracterizado por la derechización política del mundo, la criminalización generalizada de la pobreza y la biosegregación como una nueva forma de afrontar los desórdenes generados por la desigualdad extrema, se trata sin duda de un gran desafío.

La naturalización de la violencia criminal y política en el país, los recientes ataques a la democracia

latinoamericana, la derechización del gobierno estadounidense y la indiferencia mundial ante la crisis de inmigración, por ejemplo, no permiten vislumbrar un futuro provisorio para la salud y la vida. El alcance de un entorno donde el bienestar y la vida digna sean patrimonio de todos y no sólo el logro de unos pocos, implica el alcance de una sociedad en donde la igualdad, la equidad y la solidaridad sean los medios privilegiados para reducir las diferencias injustas en la calidad de vida de las personas, garantizar condiciones plenas de salud y crear condiciones para resolver los problemas de enfermedad, sin más limitaciones que las que impone el desarrollo científico.

Alcanzar una mejor salud en una mejor sociedad, aunque parezca cada vez más difícil y lejano, ha sido el fin de la medicina social desde que surgió. A pesar de las adversidades, no hay ninguna razón científica, histórica o ética para abandonar este propósito.

Referencias bibliográficas

- AGAMBEN, G. (1999). *HOMO SACER I: El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Ed. Pre-textos. págs. 149-210.
- ARBESÚ, I. (2004). El sistema modular de la UAM-X. En: Arbesú, I. y Berruecos, L. (comp.) *El Sistema Modular, la UAM-X y la Universidad Pública*. México: UAM-X. págs. 9-25.
- BANCO MUNDIAL (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- BAUMAN, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas*. Barcelona: Espasa Libros.
- BAUMAN, Z. (2008). *Archipiélago de excepciones*. Buenos Aires: Katz Editores.
- CANFORA, L. (2007). *Exportar la libertad. El mito que ha fracasado*. Ariel.
- EIBENSCHUTZ, C. (1978). Investigaciones en marcha. *Salud Problema*. 1(1):10-13.
- GARDUÑO, A. M. A., Granados, J. A., Jarillo, E. C., López, O., Blanco, J., Castro, J. M., Tetelboin, C., Rivera, J. A. y López, S. (2009). La perspectiva médico social y su contribución al quehacer científico en salud. En: Chapela MC, Mosqueda A. (eds.) *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*. México: UAM. págs. 25-52.
- GARLAND, D. (2001). *La cultura del control*. Barcelona: Gedisa.
- IRIART, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(2):128-36.
- JARILLO, E. y Arroyave, G. (1995). El conocimiento de la

- salud y las ciencias sociales. *Revista Española de Salud Pública*. 69(3-4):265-276.
- LAURELL, A. C. (1982). El proceso salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*. 19:1-11.
- LAURELL, A. C. (2003). What does Latin American Social Medicine do when it governs? The case of the City Government. *American Journal of Public Health*. 93(12):2028-2031.
- LAURELL, A. C., Noriega, M., López, O. y Martínez, S. (1991). El trabajo como determinante de la enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales*. (56):17-33.
- LÓPEZ, O. y Blanco, J. (1994). Modelos sociomédicos en Salud Pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México*. 36(4):374-385.
- MERCER, H. (1978). La maestría medicina social. *Salud Problema*. 1(1):3-4.
- MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL (1979). *Plan de estudios de la Maestría en Medicina Social*. México: UAM.
- NUNES, E. (1991). Las Ciencias Sociales y la Medicina Social en los cursos de postgrado. En: Franco, S., Nunes, E., Breilh, J. y Laurell, C. (coord.). *Debates en Medicina Social*. Quito: OPS-ALAMES. págs. 48-57.
- OCDE. (2015). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Pensiones: México*. Ciudad de México: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- OPS/OMS en México. (2014). *Cobertura Internacional para la Salud. Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. Recuperado de Downloads/Cobertura%20Universal%20en%20Salud.pdf.
- POLANYI, K. (2003). *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. 2ª Edición. México: FCE (publicado originalmente en 1994).
- TAJER, D. (2003). Latin American Social Medicine: roots: development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health, XCIII*. (12): 2023-7.
- UAM. (1974). *Documento Xochimilco*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- VILLARREAL, R. (entrevista realizada en 1985). La gestación de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. En: Ornelas C (comp.) (2014). *Hace 40 años: la fundación de la Universidad Autónoma Metropolitana. México: UAM-X*. págs. 203-208.
- WACQUANT, L. (2010). *Las cárceles de la miseria*. 2ª Edición (ampliada). Buenos Aires: Editorial Manantial.
- WAITZKIN, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). *Social Medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups*. *Lancet* 2001. 358(9278):315-23.

la maestría en medicina social

Durante los últimos años se fué haciendo cada vez más notoria, para las instituciones educativas y de servicios de salud de México y de otros países latinoamericanos, la necesidad de alcanzar una mayor integración entre Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud. Esto fué visible en el desarrollo de programas educativos en varias Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería, así como también en la puesta en marcha de trabajos de investigación destinados a demostrar la gravitación de los aspectos sociales sobre los biológicos.

La UAM-Xochimilco, entendió esta situación, desde su misma iniciación, lo que se materializó entre otros ejemplos, en la puesta en marcha de la Maestría en Medicina Social a partir de septiembre de 1975.

La Maestría en Medicina Social forma parte de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, aunque por la índole de su labor mantiene estrechas relaciones con las demás Divisiones de la Unidad.

Su programa de estudios, respondiendo a las características del sistema de enseñanza modular que se lleva a cabo en la UAM-Xochimilco, está estructurado en torno a "problemas", los que son objeto de investigación en cada módulo.

Durante el primer año del programa existen tres módulos, que son a su vez representativos de áreas problemáticas de integración entre Ciencias Sociales y Salud; estos son: "Saber Médico", "Distribución y Determinantes de Salud Enfermedad" y "Práctica Médica y Re-

ursos Humanos". En el segundo año de la Maestría los alumnos optan por una de las tres áreas de concentración que se ofrecen: Epidemiología, Políticas de Salud y Formación de Recursos Humanos. En este segundo año, a la par que reciben diferentes apoyos en el área elegida, realizan su trabajo de tesis.

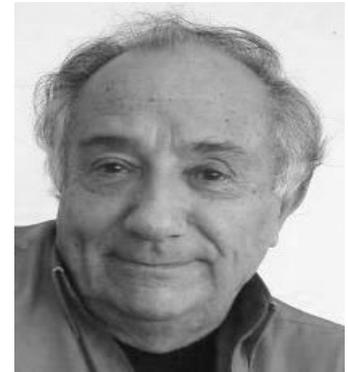
Maestría en Medicina Social ha sido creada para satisfacer necesidades nacionales en lo que se refiere a personal especializado, como también en la producción de trabajos de investigación. Esta necesidad no es privativa de México sino que es generalizada en América Latina. Es por eso que se estableció un convenio entre los OPS/OMS, la Secretaría de Salud y la UAM-Xochimilco, que posibilita la recepción de becarios de diferentes países latinoamericanos por parte de la Maestría, y el envío de asesores o apoyos académicos por parte de la OPS/OMS.

Las dos generaciones que actualmente cursan la Maestría son representativas de estos propósitos: la diversidad de nacionalidades (mexicanos, hondureños, costarricenses, venezolanos, colombianos, brasileños, argentinos y ecuatorianos) constituye una expresión del creciente interés que la medicina social despierta en América Latina, y la similitud en los principales problemas que afectan a nuestro continente.

El desarrollo de una experiencia pionera, que junto con la Maestría similar que funciona en Río de Janeiro, son las primeras en América Latina, revela que existen condiciones como para llevar adelante una formación de



Asa Cristina Laurell



José Carlos Escudero



José Blanco Gil

3

Revista Salud Problema. Año 1, número 1. México, 1978.



José Alberto Rivera, Sergio López, José Alberto Álvarez, Addis Abeba Salinas, Edgar Jarillo, Arturo Granados, Oliva López Arellano, Carolina Tetelboin, Hugo Mercer, Ángeles Garduño y Carolina Morales



Inician las actividades de la UAM-Xochimilco.
21 de nov. de 1974



Ramón Villareal. Primer Rector
de la UAM-X



Juan Cesar García



Carolina Tetelboin, Evangelina Muñoz, una ayudante, Carolina Martínez,
Teresa Izquierdo y Asa Cristina Laurell, Puebla.



Luis Felipe Bojalil



Ma. Isabel Rodríguez



Susana Martínez, Gabriela Vázquez, Alberto Rivera, Asa Cristina Laurell, Liliana Ruíz,
Margarita Márquez, Juan Carlos Verdugo, Ma. Elena Ortega, Oliva López Arellano, Martha
Palacios, Carolina Tetelboin, Mariano Noriega y Ángeles Garduño



Luis Felipe Bojalil