

Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos

*Camila Pereira Abagaro** • *Roselia Arminda Rosales Flores*** •
*Carmen Gloria Muñoz Muñoz**** • *Victoria Ixshel Delgado Campos*****

RESUMEN

El presente ensayo pretende realizar una reflexión acerca de la categoría conceptual Determinación Social de la Salud y su inserción en la dimensión académica en tres países de América Latina, además de señalar algunos retos para una formación crítica en salud, considerando el actual contexto económico, político y social. El documento es producto de un pensar colectivo que reúne investigadoras de los campos de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericana y su ejercicio profesional en coyunturas donde prevalecen las políticas de corte neoliberal. De modo que este ensayo constituye un paso inicial para discutir la articulación entre teoría y práctica en lo que se refiere a la enseñanza-aprendizaje de la Determinación Social de la Salud, en torno a la experiencia de las autoras en países como Brasil, Chile y México.

PALABRAS CLAVE: determinación social de la salud, trabajo académico, medicina social, salud colectiva, neoliberalismo, América Latina.

Social Determination of Health: some reflections from academic work in Latin American countries

ABSTRACT

This essay intends to reflect on the conceptual category Social Determination of Health and its insertion in the academic dimension in three countries of Latin America. In addition to pointing out some challenges for a critical formation in health, considering the current economic context, political and social. The

* Investigación postdoctoral y profesora colaboradora en el Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva en la Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

** Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en la licenciatura de Promoción de la Salud del colegio de Ciencias y Humanidades

*** Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile

**** Titular de la Secretaría Particular de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.

document is the product of a collective thinking that brings together researchers from the fields of Latin American Social Medicine and Public/Collective Health and their professional practice in situations where neoliberal court policies prevail. It constitutes an initial step to discuss the articulation between theory and practice in what refers to the teaching-learning of the Social Determination of Health, around the experience of the authors in countries like Brazil, Chile and Mexico

KEYWORDS: social determination of health, academic work, social medicine, public/collective health; neoliberalism, Latin America.

Introducción

En el mes de noviembre de 2018, se realizó en la Ciudad de México el I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud. El evento, organizado por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), generó el marco para el encuentro de saberes, experiencias y reflexiones de estudiantes, académicos/as e investigadores/as del tema.

El congreso se planteó como un espacio de discusión y construcción de conocimientos sobre temas relacionados con los procesos de Determinación Social de la Salud, de la Promoción de la Salud y de la Educación para la Salud. Interesaba, en específico, en el tema de la Determinación Social de la Salud (DSS), lo relacionado con el derecho a la salud y otros derechos vinculados al proceso de salud-enfermedad, las prácticas sociales en salud, los sistemas de salud y sus reformas, los procesos políticos, económicos, sociales y culturales relacionados con la salud, el trabajo y las condiciones de salud.

Una de las actividades del congreso fue el panel “Determinación Social de la Salud en el siglo XXI: retos y desafíos”, que propició el (re)en-

cuentro de académicos/as de distintas generaciones formadas en el campo de la Salud Colectiva y de la Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, en el programa del Doctorado de Ciencias de la Salud Colectiva, cuya formación crítica permitió el diálogo acerca de los ejes propuestos por el Comité Organizador y posibilitó una nutrida interlocución, que se extendió más allá del evento en sí mismo.

En esa dirección, el presente ensayo retomó algunos referentes conceptuales de la DSS discutidos en el referido panel y se enriqueció con la mirada de las autoras, cuya práctica profesional está contextualizada en distintos países de América Latina (Brasil, Chile y México) y, por tal razón, enfrentan desafíos relacionados a coyunturas donde prevalecen las políticas de corte neoliberal confirmando nuevas formas de organización social, que a su vez determinan el proceso de enseñanza-aprendizaje, con la reproducción de su respectiva ideología y valores dominantes (Giroux, 1985). Tal situación merece atención especialmente por las necesidades que se plantean con problemas de salud complejos y que requieren de profesionales multidisciplinares que los aborden y propongan soluciones transdisciplinarias.

La reflexión colectiva tuvo como punto de partida el pensamiento crítico, entendido como el andamiaje epistemológico contrahegemónico que posibilita la producción de discursos, investigación, planes, programas y políticas, fundamentados en la perspectiva de la DSS, categoría conceptual desarrollada en Latinoamérica a mediados de la década de los 70. En el próximo apartado se retomarán algunos referentes de la Medicina Social y la Salud Colectiva en la construcción de la categoría DSS, con el objetivo de, posteriormente, reflexionar acerca de determinadas experiencias y retos presentes en el contexto actual.

Algunos referentes de la Medicina Social y la Salud Colectiva para la categorización conceptual de la Determinación Social de la Salud

El presente apartado no pretende abarcar la riqueza conceptual acerca de la DSS desarrollada por las corrientes de pensamiento de la Medicina Social y Salud Colectiva mexicana y latinoamericana, sino que procura señalar referentes esenciales para las consideraciones vertidas en este ensayo, toda vez que reconocemos que la investigación acerca del proceso salud-enfermedad-atención impone una complejidad conceptual y práctica muy amplia.

De ahí que consideramos que los referentes seleccionados en relación a los contenidos de la DSS, de modo general, permiten encuadrar el campo de conocimiento y de acción de la Medicina Social y la Salud Colectiva y, en particular, de la categoría de la DSS en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El soporte conceptual que nutre la DSS tomó fuerza en razón de un profundo cuestionamiento del paradigma biomédico, insuficiente para elaborar

respuestas a los problemas de salud, relacionados a las condiciones económicas, políticas y social que se presenta a finales de los sesentas (Laurell, 1982). Para construir el marco teórico que lo consolida, aquel se basó en las ciencias sociales críticas (Lopez y Blanco, 2003). Breilh la indica como:

(...) una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías *reproducción social* y *metabolismo sociedad-naturaleza* han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (2013: 13).

Para comprender tal escisión, se evoca el hecho de que los problemas de salud-enfermedad-atención específicos de la mitad del siglo pasado en adelante demandaban reflexiones más complejas y articuladas que las propuestas por la salud pública y su paradigma biomédico. De tal suerte que la crítica a ese paradigma se centró en puntos específicos, precisamente en aquellos que demuestran su insuficiencia explicativa:

- Crítica al abordaje positivista, dicotómico, lineal y reduccionista, basado en el modelo de la historia natural de la enfermedad;
- Cuestionamiento del paradigma biomédico explicativo de la enfermedad, en el cual es considerada un fenómeno biológico individual, y la consecuente dificultad de la medicina para esclarecer enfermedades que emergían en “(...) los países industrializados, eso es, los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos” (Laurell, 1982: 1).

Fue a partir de esa apreciación crítica que la Medicina Social latinoamericana construyó una consistente plataforma teórica-conceptual, fundamentada en el hecho de que las condiciones sociales y económicas determinan la salud y la enfermedad. Garbois, J. et. al. (2017) retoman algunos/as autores/as y sus respectivas contribuciones para el campo: Laurell y Breilh, con la producción de enfermedades en el ámbito de la colectividad y la ampliación de la explicación del principio de la causalidad; Donnangelo, con el aporte explicativo acerca de las complejas relaciones sociales entre salud y enfermedad con respecto a la determinación sociohistórica de los sistemas de salud y las necesidades del capitalismo para mantener la fuerza de trabajo; Breilh, con la proposición del materialismo histórico y su cientificidad metodológica, como herramienta de transformación política; Tambellini-Arouca, con el énfasis en la relación entre trabajo y proceso de salud-enfermedad-atención, la categoría proceso de trabajo es incorporada como referente conceptual para dimensionar la determinación social del proceso salud-enfermedad por su papel en las relaciones entre el hombre y la naturaleza y entre los propios hombres.

En ese contexto, se resalta la importancia de recuperar la dimensión sociohistórica y compleja de la salud al incorporar la noción de procesos, que adquieren propiedades protectoras o perjudiciales para el proceso salud-enfermedad. Algunos de estos procesos tienen mayor importancia estratégica para la acción, ya sea para evitar facetas destructivas o fomentar facetas protectoras y son denominados procesos críticos (Breilh, 2003). Asimismo, las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones. Las prácticas sociales que se ponen en marcha para

simbolizarlas, entenderlas, explicarlas, ritualizarlas, promoverlas o resolverlas (López y Peña, 2006).

Para la construcción de la categoría conceptual de la DSS, el estudio del componente económico, expresado sobretudo en la investigación de las condiciones materiales de vida, ha producido conocimientos significativos y teoría (López, Blanco y Mandujano, 2007). En la dimensión política hay abundante literatura científica sobre todo documentando las implicaciones de las políticas sociales neoliberales en el proceso de salud-enfermedad-atención y revelando el discurso tecnocrático (Laurell, 1997; 2001; Tetelboin y Salinas, 1980; López y Jarillo, 2017), proponiendo cambios en el paradigma para la organización de los servicios de salud para garantizar el derecho a la salud en sentido amplio.

También cabe mencionar la relación del proceso salud-enfermedad-atención con la determinación cultural, ideológica y de género, entre otras, como lo han explicado investigadores/as del proceso de salud-enfermedad desde esas dimensiones, que siguen a teóricos como Bordieu, de quién se retoman las nociones de proceso de construcción de identidad a través de la diferenciación, distinción, oposición, alteridad y también de la sociología, con el concepto de las relaciones sociales y relaciones de poder que suceden en un momento histórico concreto (Granados, 2002).

Por otro lado, el informe difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, resultante del debate realizado por la Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud, pareciera ratificar la forma en que “los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro” (Morales-Borre-

ro, Borde, Eslava-Castañeda y Concha-Sánchez, 2013: 800). Sin embargo, además de no constituir un debate novedoso para la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericana (López, Escudero y Carmona, 2008), sus principios se difunden mirando la relación salud–sociedad desde un enfoque funcionalista, que propone no sólo una mirada poblacional y dicotómica causa–efecto, sino también que busca el equilibrio en la esfera de las decisiones individuales sobre los estilos de vida y en un análisis de contextos sociales sin la caracterización histórica y estructural que fundamenta la desigualdad social y de salud. Carente de un análisis profundo, ético y valórico (Representantes de la Sociedad Civil, 2007), la salud queda nuevamente entendida como una utopía, inatrapable, independiente de la lucha de poder económico, de los patrones de trabajo, y del modo de vida que se reproduce en la sociedad capitalista.

La distinción es importante, como lo ha señalado Breilh (2003), por las formas indistintas en que se ha utilizado la noción de *determinación*: aquellas que describen las características que definen un proceso, la segunda como las *relaciones de univocidad* y finalmente por el *devenir*. Pero, también es importante, la distinción entre determinación y causalidad, no solo en términos teóricos, sino además en sus implicaciones en la práctica (Mendoza y Jarillo, 2011).

Los ejes analíticos que guían este trabajo, por lo tanto, transitan por momentos históricos caracterizados por sus formas específicas de producción y consumo y su relación con los procesos de salud enfermedad y las prácticas sociales en salud para resolverlos. El eje transversal, es el régimen de política social y Estado, que adquiere importancia por las características particulares de la región y más puntualmente de los países a los que aquí se hace referencia.

Breves reflexiones acerca del desarrollo histórico de la categoría conceptual Determinación Social de la Salud y su inserción en el contexto actual

En el marco de los quehaceres académicos, la reflexión debe constituirse como tarea central, aún más de aquellos/as que trabajan los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva crítica. Tal ejercicio conlleva la vigilancia epistemológica hacia el propio paradigma (Kuhn, 1971), es decir, una revisión de las teorías, métodos, normas y lenguajes que permiten construir generalizaciones simbólicas por las operaciones que realiza la comunidad científica o que se están construyendo, de tal forma que sirva para un análisis de lo que compone el paradigma en general y sus particularidades.

Por un lado, es importante esta revisión porque permite indagar en aquello que lo constituyó en su momento y su evolución transitando desde el materialismo histórico a la incorporación del pensamiento crítico de autores provenientes de teorías o miradas como Bourdieu (1997), Esposito (2006), Osorio (2006), Foucault (2012), entre otros. Además, conocer a partir de los desarrollos teóricos-metodológicos la incorporación de nuevos objetos de estudio y su desarrollo, abarcando un campo cada vez más amplio de problemáticas o bien, replantear teorías y metodologías para explicar aquellos fenómenos que, en el contexto actual, se consideran como retos y desafíos. Por otro lado, esta revisión epistemológica cobra trascendencia en el paradigma crítico porque esta corriente de pensamiento se centra en el acompañamiento de los procesos de la transformación de las condiciones de vida, trabajo y salud de las colectividades.

Cabe señalar que los contextos socioeconómicos y políticos de América Latina fueron preponderantes para el desarrollo teórico y metodológico de la perspectiva crítica presente en la Medicina Social y la Salud Colectiva en la construcción de la DSS. Se teorizó sobre la forma de organización de la sociedad para producir bienes y servicios y, a partir de ahí, se analizó el proceso salud-enfermedad y las prácticas para prevenir, atender y restablecer la salud. Así, se consideraron tres grandes momentos históricos del capitalismo en la región: Fase de expansión, Industrialización y Globalización (López y Peña, 2006). En cada uno fue necesario caracterizar las formas de organización social, la forma histórica que asumió el proceso de salud-enfermedad-atención, las representaciones sociales y significados de los grupos específicos y las prácticas sociales para investigarlas, explicarlas y/o resolverlas.

El desarrollo de las corrientes de pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva, entendidas como un campo científico (Almeida y Paim, 1999), integrado por un cuerpo de conocimientos cohesionados en planteamientos teóricos consolidados, ha tenido un disímil alcance y desarrollo en la región. Tensionados mayoritariamente desde lo contrahegemónico, los procesos sociales marcados por la violencia política y económica de las décadas de los 70 y 80 delinearon una política social que aisló a los sujetos de la solidaridad de base, del rol de la participación ciudadana y de la incumbencia en los problemas sociales que determinan salud-enfermedad, haciendo transitar el “sujeto social” a un “sujeto consumidor”. En este sentido, el capital ha respondido a la crisis que está en curso desde la década de los 70 mediante intensos procesos de reestructuración productiva en escala global para asegurar la expansión y viabilidad del sistema capitalista (Pereira-Abagaro, C. y Cuéllar R., 2019).

Por lo tanto, para pensar la inserción de la categoría DSS el contexto actual, es ineludible considerar esas transformaciones en las sociedades latinoamericanas a partir de la comprensión del momento histórico por el cual atraviesa el modo de producción capitalista. Un ejemplo es la actual situación del mundo del trabajo, que atraviesa una transición de paradigma, respecto a su organización, una fase nombrada de “uberización”, que se caracteriza por una total desprotección social de la clase trabajadora, al verse en la necesidad de negociar individualmente sus condiciones de trabajo y a su propia suerte (Pochmann, 2016).

Es en el escenario de la Sharing Economy (Slee, 2017), también nombrada como Gig Economy (Alves, 2018), que la “uberización” gana espacio y reorganiza el trabajo, caracterizado especialmente por: supuesta flexibilidad de horarios, aparente valorización del conocimiento individual, no subordinación y aparente poder en la toma de decisiones.

El momento histórico que se experimenta actualmente en los espacios urbanos, siguiendo a Breilh (2003), puede ser definido como un proceso crítico. Las formas de producción que lo caracterizan, de manera general, son aquellas que han acentuado la terciarización y la precarización laboral, situación en parte influenciada por el desarrollo tecnológico: mecanización, automatización y robotización de los procesos de trabajo, procesos en los cuales prevalecen los intereses del capital sobre el trabajo.

Tales condiciones laborales se caracterizan por la informalidad, inestabilidad en razón de la pérdida de los contratos colectivos por temporales e individualizados, que entre otras condiciones, han generado dificultades en la inserción laboral de jóvenes, aunque estén capacitados o sean profe-

sionales. Se suma a esa situación, los elevados índices de desempleo en la población en edad productiva lo que provoca migración, inestabilidad, inseguridad y violencia.

Esa reconfiguración del mundo – no sólo en el ámbito laboral, sino que en las relaciones sociales de modo general y en la prestación de servicios públicos – está asentada en políticas macroeconómicas y de profundización del modelo neoliberal. De modo que, reflexionar la DSS en el contexto actual demanda evidenciar los profundos cambios que están en curso en las sociedades contemporáneas, específicamente en América Latina, y considerarlos en este ensayo.

La Determinación Social de la Salud y su enseñanza-aprendizaje en algunos países latinoamericanos

Aunado a la reflexión acerca de la categoría conceptual DSS y el contexto actual, resulta necesario pensarla en el nivel de enseñanza-aprendizaje, en el entendido que este es uno de los procesos a través del cual se busca reproducir la ideología dominante (Giroux, 1985). Como parte de la resistencia contrahegemónica, el paso inicial en la enseñanza-aprendizaje de la DSS sería delimitar los problemas de los que -en general- se ocupa la Medicina Social y la Salud Colectiva en relación con esta categoría: 1) La distribución y frecuencia del proceso salud-enfermedad-atención y la determinación social, y 2) Las prácticas y las políticas en salud (Bertolozzi y De La Torre-Ugarte-Guanilo, 2012).

El estudio de estos objetos, cuando se realiza desde una perspectiva socio-histórica, significa que deben ser comprendidos en los contextos específicos en que se desarrollan, esto es, revelar esas

singularidades través de la forma cómo la sociedad se organiza para producir, consumir, la lógica de redistribución de la riqueza, las relaciones económicas de explotación y exclusión (López y Blanco, 2003) en las que tienen lugar los procesos de salud-enfermedad-atención.

Es pertinente relacionar la enseñanza-aprendizaje de la categoría DSS a partir de la concepción de los procesos de salud-enfermedad-atención en la actualidad y los retos que surgen para América Latina. En ese sentido, se presentan más preguntas que respuestas para la Medicina Social y la Salud Colectiva puesto que los problemas que les dieron origen, en cierta medida, aún persisten y se suman nuevos, no de menor tamaño, por lo que es importante que además de la enseñanza-aprendizaje, se potencialicen otras dimensiones del trabajo académico, que son aquellas que se refieren a la formación en salud de profesionales multidisciplinarios, la investigación científica, la divulgación y vinculación con otras universidades y con la comunidad.

En la formación en salud son importantes aquellas actividades y estrategias para desarrollar y consolidar el campo de conocimiento y de los profesionales del área. En este terreno, se puede decir que esa articulación se concreta en dos ejes de actuación: la enseñanza y la investigación, con matices que dependen de las tendencias históricas de los territorios en los cuales se desenvuelva tal trabajo. En esa dirección Freire indica:

Estudiar es desocultar, es alcanzar la *comprensión* más exacta del objeto, es percibir sus relaciones con los otros objetos. Implica que el estudioso, sujeto del estudio, se arriesgue, se aventure, sin lo cual no crea ni recre. También por eso es que *enseñar* no puede ser un sim-

ple proceso, como he dicho tantas veces, de transferencia de conocimientos del educador al aprendiz. Transferencia mecánica de la que resulta la memorización mecánica que ya he criticado. Al estudio crítico corresponde una enseñanza también crítica, que necesariamente requiere una forma crítica de comprender y de realizar la lectura de la palabra y la lectura del mundo, la lectura del texto y la lectura del contexto (2010: 52)

Los espacios en los que se construyen las ideas, se difunde el conocimiento científico y se producen los profesionales de manera formal, esto es, las universidades, con sus programas curriculares de pregrado y postgrado, cumplen un rol no sólo en la generación de propuestas para la política de salud, evaluación y monitoreo de las mismas, sino también en la formación de un espacio de pensamiento que en algunos países y universidades han acumulado un caudal crítico y de compromiso social en general y en torno a la salud.

En el caso de la enseñanza, casi siempre ha sido fructífero develar las bases de la sociedad capitalista y su funcionamiento, a través de autores que trabajan estos temas de manera clara y a la vez sencilla, como: Ernest Mandel, Richard Sennett, Zygmunt Bauman, David Harvey, Slavoj Žižek, entre otros. Tal ejercicio, ha posibilitado la articulación de la determinación social de la acumulación capitalista con el proceso salud-enfermedad de la clase trabajadora en específico y de la colectividad, de modo general.

La producción latinoamericana en el campo de la Medicina Social y la Salud Colectiva es la fuente primordial para el debate. En ese marco, otros autores relevantes resultan ser: Giovanni Berlinguer con el capítulo “El capital como factor patógeno” en *Medicina y Política* y Luc Boltanski con

Los usos sociales del cuerpo. Estos textos abren nuevos horizontes dentro del salón de clase en el proceso de enseñanza-aprendizaje a través del cuestionamiento de la realidad y del status quo, además de la articulación previamente referida.

En el ámbito de la investigación, la precisión en los puntos de partida de problemas específicos de la realidad en estudio sobre la cual se concretan el marco teórico y metodológico específicos desde la lupa preconstruida del pensamiento crítico, avanzando en nuevos territorios en relación a los dos campos de conocimiento y a nivel de concreción desde lo macro a lo local y particular. Por ejemplo, la investigación en el campo de salud de los trabajadores y el posicionamiento crítico acerca del estudio de los problemas de salud de las colectividades son ejes fundamentales. Se requiere que los profesionales con los resultados del trabajo académico hagan propuestas para la comprensión y resolución de las problemáticas. De ahí, la importancia de estar refiriéndonos a nuevas categorías conceptuales que fortalezcan la noción de la DSS.

Respecto a la divulgación y vinculación con otras universidades y con la comunidad, la organización de foros, congresos, seminarios que permitan el fortalecimiento y la comunicación de los principales referentes que dan cuenta de la DSS.

Un problema que se observa con relación a la formación de profesionales de salud es que ha priorizado la enseñanza en el campo médico y de la enfermedad. Desde la formalización de la profesión médica (Foucault, 2012; Donnangelo, 1976), los programas curriculares están diseñados para el estudio de la salud y la enfermedad con aras a la reproducción de la fuerza de trabajo, corrigiendo los problemas para que los trabajadores cumplan con sus roles y funciones.

El estudio del proceso salud-enfermedad-atención constituye un campo multidimensional y que demanda la articulación conceptual crítica, por lo tanto, es relevante realizar reflexiones sobre las capacidades (lo que deben saber y saber hacer para responder a necesidades sociales) de los profesionales vinculados a la salud desde este paradigma y el desarrollo de las experiencias laborales en este ámbito.

Los aportes de profesionales formados en paradigmas contrahegemónicos permiten reflexionar sobre los procesos de salud-enfermedad-atención desde una mirada compleja y transdisciplinar. El abordaje de problemas sociales relacionados con los procesos de salud-enfermedad-atención, con todas las imbricaciones y dimensiones que tienen, permite que los que se están formando planteen desde la perspectiva crítica, estrategias que aporten soluciones en los diferentes espacios laborales; novedosas, pero con visión crítica, humanística y científica.

A continuación, se destacan algunos antecedentes que abrieron espacios críticos de formación en salud en los países contemplados y se delimitan algunos elementos fundamentales de la política de salud y atención. No se pretende realizar, en este documento, una sistematización acerca de los espacios académicos en los cuales se retoma la categoría conceptual de la DSS en el proceso enseñanza-aprendizaje, sino que ubicar, de manera general, el momento en que se incorpora tal perspectiva en esos países.

Brasil

El Movimiento de la Reforma Sanitaria en Brasil fue fundamental para la ampliación del concepto de salud, elaborado a partir de la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad,

y que quedó plasmado en la Carta Magna, la cual también constituyó el Sistema Único de Saúde (SUS). De modo que, es a partir de la promulgación de la Constitución Federal, en 1988, que se iniciará un proceso de incorporación de cambios en la formación de los/las trabajadores del SUS y, también, en la producción de servicios de salud, con la finalidad de cumplir los principios que lo rigen (Amaral, Pontes y Silva, 2014). En esa dirección:

El Sistema de Salud Brasileño, de acuerdo con la Constitución Federativa, desde la década de 1980, ha propuesto transformaciones orientadas a la promoción de la salud, en la lógica de la vigilancia, lo que implica cambios en el antiguo modelo de atención, centrado en la enfermedad y en aspectos biológicos. Así, las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) pasan a ser estimuladas a innovar el proceso de enseñanza-aprendizaje para formar profesionales, cada vez más crítico-reflexivos, activos y protagonistas en la construcción de sus conocimientos, con vistas a promover transformaciones en las prácticas de salud y atender a las necesidades de la población (Martinez, Soares, Tkdgtq, et. al., 2019: 1700).

Este marco en el campo político-jurídico permitió la elaboración de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) que van a orientar la formación en salud, lo que propició, por ejemplo, la creación de la Licenciatura en Salud Colectiva (Brasil, 2017). Asimismo, se resalta la importancia de las Instituciones de Enseñanza Superior Públicas-Universidades Federales y sus programas de Posgrado en Salud Colectiva/Pública, Institutos de Medicina Social y Salud Colectiva/Pública y la Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

No obstante, pensar la DSS y su enseñanza-aprendizaje hoy en Brasil nos remite a los procesos recientemente experimentados desde el golpe parlamentario del 2016 en contra de la expresidente Dilma Rousseff, como la emergencia del gobierno de Temer que ejecutó una ruptura drástica en el proyecto de país que se construía y consolidaba, la prisión del expresidente Lula – mayor líder popular de izquierda en Brasil – y la elección de Jair Bolsonaro, cuyas consecuencias, incluso en el campo económico, están por verse.

Es en este contexto que el Sistema Único de Saúde (SUS) se encuentra bajo grave amenaza por el corte histórico en el presupuesto con la aprobación de la Enmienda Constitucional 95 (Paim, 2018), más conocida en su etapa de proyecto para modificar la Constitución Federal de 1988, como Propuesta de Enmienda Constitucional “Del fin del mundo” (Brasil 247, 2019). Tal medida congela gastos en educación y salud por 20 años, medida que afecta la población más pobre y vulnerable, que depende del sistema público de salud y educación, ya subfinanciados. El sector salud también sufre un fuerte ataque privatizador con la presencia cada vez más intensa del capital financiero en el país. La elección en Brasil, al final del 2018, de un programa político escaso de propuestas y, a la vez, saturado de conservadurismo, buscando cercenar libertades en el campo educativo y recortar políticas de salud ya consolidadas, constituye un marcado retroceso político, económico y social.

Respecto a la Política de Salud, el discurso que busca disociar el elemento social de lo sanitario expresa el desmonte de relevantes conquistas desde la redemocratización del país tras la dictadura civil-militar iniciada en 1964. Garbois, Sodré y Dalbello-Araújo mencionan que: “abordar los accidentes y las más variadas formas de violencia

como ‘causas externas’ al sector salud es reducir la capacidad política de todos los actores sociales para actuar antes complejas cuestiones sociales” (2017: 74).

Asimismo, reiteran que “En la perspectiva de las prácticas cotidianas de atención a la salud, y teniendo como presupuesto que todo acto en salud posee significación, adoptar la noción de ‘determinantes sociales de la salud’ refuerza la polaridad establecida entre el ‘ser biológico’ y el ‘ser social’” (2017: 74). Desde nuestra perspectiva, constituye un profundo repliegue analizar a los sujetos y a su proceso salud-enfermedad apartados de sus condiciones de vida y trabajo.

Chile

Actualmente, la formación de pregrado de las carreras del área sanitaria, insinúan tímidamente los referentes teóricos de la Salud Colectiva, con escaso capital humano formado en la materia y resistiendo el poder de la salud pública tradicional, que en algunos casos, relega su perspectiva a unidades o cursos aislados, en la medida que los marcos de cualificación de la educación superior en Chile cifran un marco amplio para la definición de sus equivalencias y contenidos de estudio.

Visto a la luz de 40 años de posdictadura en Chile, resulta evidente el fortalecimiento del rol del mercado no sólo en el área de la salud, sino también en educación y pensiones entre otras. Las estrategias mayormente implementadas se han concentrado por un lado en mitigar las desigualdades que genera la administración en las diferencias y por otro, en robustecer el cuerpo legal que obstaculiza transformaciones profundas sobre el tema de medicamentos (asociados a la producción, importación y venta monopolizada por las grandes cadenas), el aseguramiento universal de salud (y

no sólo de un grupo de enfermedades en desmedro de otras), el desmantelamiento del soporte público de la red sanitaria en el país (que ha tenido su más reciente crisis en el desabastecimiento de insumos en varios centros de alta especialidad) y la transferibilidad de recursos desde lo público a lo privado, bajo la lógica de compra de servicios.

Este escenario lejos de aplicar sólo al área de la salud, evidencia un patrón cuando se analizan otras reformas actualmente en discusión parlamentaria (u aprobadas recientemente), que mejoran el sistema para dos de los íconos del neoliberalismo pinochetista: las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La reforma tributaria se opuso a la demanda por el impuesto a la riqueza los proyectos de reforma laboral que profundizan la precarización laboral y en el mundo de la educación los proyectos de ley de Aula Segura y Admisión Justa, que legitiman por un lado la criminalización de la infancia y por otro profundiza la exclusión social bajo el discurso de la meritocracia.

El proceso reciente de reactivación de la demanda colectiva por transformaciones profundas en el país (iniciado el 18 de octubre de 2019) ha puesto en evidencia el cansancio con el sistema de libre mercado. Lejos de reflejar únicamente una respuesta al gobierno de derecha actual, confronta la credibilidad de las instituciones del estado, hasta hace un par de años consideradas dignas de respeto por gran parte de la ciudadanía (o por temor o por confianza). Este malestar general ha puesto como indiscutible la necesidad de redactar una nueva constitución, de manera participativa, democrática y de frente a la ciudadanía, como única forma de deshacer enclaves autoritarios y las trampas que dejó la de 1980.

Evidentemente, el proceso de hacer valer para Chile la lógica y los principios de DSS será apenas un primer paso que propiciarán estas macro transformaciones.

México

En México, se han fortalecido los programas de las Maestrías en Medicina Social y Salud de los Trabajadores y el Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva que buscan responder a los problemas de salud desde un enfoque axiológico, ontológico y epistemológico de la salud y sus respuestas. Tales propuestas se consolidaron dado el debate que había en la década de los 70 sobre mejorar la formación de pregrado en medicina incorporando la perspectiva de las Ciencias Sociales a los programas de estudio (Jarillo et. al., 1997) y los nuevos modelos pedagógicos que demandaban la transformación de la enseñanza-aprendizaje retomando autores como Freire, Althusser y Piaget (López, López, Jarillo et. al., 2017) en la formación de los profesionales de la salud (Garduño et. al., 2009).

Asimismo, la Maestría en Medicina Social ha sido, durante más de 40 años, un programa que ha formado a profesionales basados en una enseñanza crítica, científica y humanística con responsabilidad social y ética y que aborda los problemas desde marcos teóricos y metodológicos distintos a los tradicionales, lo que conlleva a la implementación de técnicas, instrumentos y prácticas diferentes.

Con relación al escenario político, México muestra un viraje de las políticas neoliberales. En julio de 2018, se realizó el proceso electoral para elegir al Presidente del Gobierno de México, a miembros del Congreso, así como también a alcaldes

locales. Después de más de 30 años de predominio de políticas neoliberales, ganó la elección presidencial un partido de izquierda social-demócrata encabezado por Andrés Manuel López Obrador. En la capital mexicana por primera vez en la historia ganó las elecciones una mujer perteneciente al mismo partido político que el Presidente, se trata del Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA). Este viraje, supone el inicio de un conjunto de políticas orientadas a transformar la vida pública de México en una lógica de equidad, derechos humanos y redistribución de los ingresos.

Algunas de las dificultades planteadas para implementar las políticas sociales de bienestar devienen del contexto histórico caracterizado por el modelo político y económico neoliberal adoptado a fines del siglo pasado y la profunda descomposición del tejido social que atraviesa el país por la guerra contra el narcotráfico y la corrupción que había permeado todos los niveles de gobierno, procesos que pueden ser explicados desde las nociones de la Biopolítica y Necropolítica. En la primera, la política a través del ejercicio de poder público, decidía quién vivía y quién debía morir. Es decir, se decide a quién se entregan o tiene acceso a los elementos de vida. En la segunda, se puede matar a los sujetos sin castigo. En este caso, se puede pensar en los migrantes, en la desaparición de las personas, las fosas clandestinas, sin que haya ningún duelo, o explicación institucional de lo sucedido (Esposito, 2006; Agamben, 2004; Triana, 2012; Calveiro, 2012).

Actualmente se vive un giro en la política social, y particularmente la de salud. El paradigma planteado en la Ciudad de México, que se articula con la perspectiva del Gobierno Federal, busca garantizar el derecho a la salud en sentido amplio, reconociéndola como una metacapacidad que permite el desarrollo de las personas. Esta perspectiva co-

loca a la salud en dos dimensiones, por un lado, reconoce la determinación social de la salud y su articulación con otros derechos como el trabajo digno, la vivienda, la educación, la alimentación –por mencionar algunos- que de manera conjunta producen salud; y por otro lado, la importancia de garantizar servicios médicos y medicamentos idóneos en cada momento del curso de vida, entendida así como la atención médico-sanitaria. Desde este enfoque, se reconoce al Estado como el sujeto obligado de garantizar el derecho a la salud y coloca a las personas como sujetos de derecho.

El Gobierno de México ha reformulado la organización de los servicios de salud, conformándose el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y la Subsecretaría de Salud Pública –próxima a definirse- que promueven la universalidad, gratuidad y la salud como un bien colectivo prioritario implementando políticas públicas transversales e intersectoriales (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

A manera de conclusión

En algunos países de América Latina, las corrientes de pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva han tenido un desarrollo diferente en la academia. En Chile, el trabajo de la década de los años 50, 60 y 70, con grupos encabezados por las ideas de Salvador Allende y otros sanitaristas, se vio brutalmente interrumpido con la dictadura cívico-militar.

A diferencia de Brasil, la postdictadura no logró reposicionar la articulación de lo social y lo biológico para el análisis de los problemas sanitarios. De manera general, la academia en Chile ha vivido desde entonces una colonización anglosajona

del saber, impulsado por la tendencia predominante de mirar Europa, Asia y Norteamérica como parámetro económico, cultural y académico.

No obstante este escenario, distinto respecto al desarrollo de la Medicina Social y la Salud Colectiva en Brasil y México, núcleos de investigación se abren en Chile. En los tres países, la transdisciplinariedad y la discusión acerca de derechos fundamentales, género, multiculturalidad y lo sanitario, todo desde la contrahegemonía, es imprescindible dado el contexto latinoamericano. Especialmente en razón de una tendencia hacia el afianzamiento de propuestas neoliberales y Estados de Excepción, cuyas explicaciones se centran en el desarrollo de los Estados Nación y las formas de organización social; políticas que aumentan la brecha de desigualdad.

En este sentido, los retos que se presentan demandan políticas sociales redistributivas en un momento histórico de reconfiguración del capitalismo en su etapa neoliberal. El discurso emprendedor vigente en gran parte de los países latinoamericanos evidencia la imperante desprotección y desaliento de la clase trabajadora en nuestras sociedades. En convergencia con lo ya dicho hasta el momento respecto a relación entre la DSS, el contexto actual en América Latina y el trabajo académico, se evidencia la necesidad de articular permanentemente el proceso de acumulación capitalista y la DSS para comprender su relación con el proceso de salud-enfermedad-atención.

Se hace hincapié en el elemento de la acumulación capitalista puesto que la comprensión de una sociedad históricamente determinada es lo que permite avanzar respecto también a la elaboración de la historicidad del proceso salud-enfermedad y sus expresiones, sobre todo, en momentos de

profunda crisis del capitalismo como se observa en la actualidad. Asumiendo esta particularidad, la Medicina Social y la Salud Colectiva responden y requieren de la sinergia para comprender la complejidad y del análisis a partir de la transformación de los momentos histórico-sociales. La estructura social y el poder-control económico y político son inseparables de lo sanitario.

En ese sentido, las evidentes contradicciones económicas, políticas y sociales en la región son el escenario de análisis de lo expuesto: avances y retrocesos ponen en evidencia la relevancia de decisiones en el ámbito político-jurídico, los efectos de las resistencias y de las cooperaciones entre la enseñanza-aprendizaje de la DSS y su investigación en el contexto de países latinoamericanos. Bajo esas circunstancias, se requiere reconocer la salud colectiva y la justicia sanitaria como objetivos que deben ser construidos con persistencia y lucha cotidiana puesto que son contrarios a los propósitos del sistema económico vigente. De modo que, la reflexión crítica acerca de la DSS, la acumulación capitalista y los problemas de salud continúa siendo una tarea apremiante.

Entre los nuevos elementos incorporados a la discusión bajo condiciones neoliberales, se encuentra el campo de los Derechos Humanos, en los cuales se inserta el derecho a la salud – objeto de estudio en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco – como un eje orientador, una herramienta fundamental y un propósito a ser concretado por los profesionales de la salud, el personal académico y de investigación en el campo de la Medicina Social y Salud Colectiva, una vez que la realización de este derecho transformará las condiciones de vida, salud y muertes de las poblaciones/colectividades.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2004). *El estado de excepción*. Valencia: Pretextos.
- Almeida-Filho N. y Paim J. (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva em Latinoamérica”, *Cuadernos médico-sociales*, Núm. 75: 5-30.
- Alves, G. (2018). “<Modelo UBER>, autoempreendedorismo e as misérias do trabalho vivo no século XXI: breves notas sobre alienação e autoalienação no capitalismo flexível”. En: Moretto, A.; Matos, F.; Macambira, J. y Cacciamali, M. (orgs.) *As transformações no mundo do trabalho e o Sistema Público de Emprego como instrumento de inclusão social*. Fortaleza: Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, 85-103.
- Amaral, M.; Pontes A. y Silva, J. (2014). “O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde”, *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Núm. 18, (Sup. 2): 1547-1588.
- Bertolozzi, M. y De la torre-Ugarte-Guanilo, M. (2012). “Salud Colectiva: fundamentos conceptuales”, *Salud Areandina*, vol. 1, Núm. 1: 24-36.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Brasil. Diário Oficial da União 10 de agosto de 2017: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.
- Brasil 247. PEC do fim do mundo é promulgada. <https://www.brasil247.com/pt/247/poder/270711/PEC-do-fim-do-mundo-%C3%A9-promulgada.htm>.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica, Ciencia emancipatoria e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, vol. 31, (Sup. 1): 13-27.
- Calveiro, P. (2012). *Violencias de Estado: la guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen organizado como medios de control global*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Donnangelo, M. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. São Paulo: Librería Dos Ciudades.
- Esposito, R. (2006). *Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica, Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Freire, P. (2010). *Cartas a quien pretende enseñar*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Garbois, J.; Sodr e, F. y Dalbello-Ara ujo, M. (2017). “Da no a de determina a social   de determinantes sociais da saúde”, *Saúde Debate*, vol. 41, Núm. 112: 63-76.
- Garduño, M.; Jarillo, E.; López, O.; Granados, J.; Castro, J.; Tetelboin, C.; Rivera, J. y López, S. (2009). “La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM-Xochimilco”. En: Chapela, M. y Mosqueda, A. (Edit). *De la Clínica a lo Social, luces y sombras a 35 años*. México: Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 25-51.
- Giroux, H. (1985). *Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico*. Cuadernos Políticos Núm. 44. México: Editorial Era, 36-65.
- Gobierno de la Ciudad De México. SSaludCdMx comunicación 8 de agosto de 2019.
- Granados, J. (2002). “Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo”, *Nueva Antropología*, vol. XVIII, Núm. 61: 79-97.
- Jarillo, E.; Arroyave, G. y Chapela, M. (1997). “La

- práctica profesional, las políticas internacionales de salud y el diseño curricular en medicina de la UAM.X”. En: Barruecos, L. (coord). *La construcción permanente del Sistema Modular*. México: UAM-X, 467-486.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médicos Sociales*, Núm. 19: 1-11.
- Laurell, A. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad Social*. México: Fundación Ebert.
- Laurell, A. (2001). “El contexto. La Reforma Social del Estado”. En: *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social. Como Garantizar y ampliar tus Conquistas Históricas*. México: Temas de Hoy, 13-35.
- López, O; Blanco, J. y Mandujano, E. (2007). “Condiciones de vida y salud en la región rural-urbana del Distrito Federal”, *Estudios de antropología Biológica*, vol. XIII: 923-937.
- López, O. y Blanco, J. (2003). “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”, *Salud Problema*, Año 8, Núm. 14-15: 7-16.
- López, O.; Escudero, J. y Carmona, L. (2008). “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud”, *ALAMES Revista Medicina Social*, vol. 3, Núm. 4: 323-335.
- López, O. y Peña, F. (2006). “Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latino-americano”, *Revista Medicina Social*, vol.1, Núm. 3: 82-102.
- López, O. y Jarillo, E. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, *Cad. Saúde Pública*, Núm. 33 (supl. 2): 1-13.
- López, S.; López, O.; Jarillo, E.; Garduño, M.; Granados, J.; Riverva, J. y Tetelboin, C. (2017). “Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social en México”. *Salud Problema*. Segunda época, año 10, Núm. 20: 84-99.
- Martinez, F.; Soares, A.; Ribeiro, H.; Fernandes, B. y Sanches, M. (2019). “Ensino em saúde. Aprendizagem a partir da prática profissional”, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 24, Núm. 5: 1699-1708.
- Mendoza, J. y Jarillo, E. (2011) “Determinación y Causalidad en la Salud Colectiva. Algunas consideraciones en cuanto a sus fundamentos epistemológicos”, *Ciencia y Salud Colectiva*, vol 6: 847-854.
- Morales, B.; Borde, E.; Eslava, C. y Concha, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista Salud Pública*, vol. 15, Núm. 6: 797-808.
- Osorio, J. (2006). “Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno homo hacer”, *Revista Argumentos. Estudios Críticos de la sociedad*, vol. 19, Núm. 52: 77-98.
- Paim, J. (2018). “SUS é mais que uma política de saúde pública. Entrevista especial com Jairnilson Paim” (Entrevista com João Vitor Santos). Instituto Humanitas Unisinos. <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/581727-sus-e-mais-do-que-uma-politica-de-saude-publica-entrevista-especial-com-jairnilson-paim>
- Pereira/Cdci ctq, C. y Cuéllar, R. (2019). “Trabajo, fuerza de trabajo y salud y el capitalismo tardío. Una mirada a la crisis en curso”, *Revista Estudos do Trabalho*. vol. IX, Núm. 23: 109-133.
- Pochmann, M. (2016). “A uberização leva à intensificação do trabalho e da competição entre os trabalhadores” (Entrevista com André Antunes). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-uberizacao-leva-a-intensificacao-do-trabalho-e-da-competicao-entre-os>

- Representantes De La Sociedad Civil (2007). “Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud” (CDSS-OMS). *Revista Medicina Social*, vol. 2, Núm. 4: 212-233.
- Slee, T. (2017). *Uberização: a nova onda do trabalho precarizado*. São Paulo: Editora Elefante.
- Tetelboin, C. y Salinas, D. (1980). “El proceso actual de la práctica médica, políticas de salud y sus representaciones en la población”. Informe de avance Pispal-El Colegio de México, diciembre, 8.
- Triana, S. (2012). “Capitalismo Gore y Necropolítica en México Contemporáneo”, *Relaciones Internacionales*, Núm. 19: 83-102.