

# La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX

Arachu Castro<sup>1</sup>

## Forma de citar

Castro A. La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Rev Panam Salud Publica*. 2024;48:e56. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.56>

## RESUMEN

El desarrollo de la salud pública en América Latina durante el siglo XX combinó, desde el principio, el marco de la medicina social sobre los orígenes sociales, políticos y ambientales de la enfermedad con los aportes del trabajo de campo de la antropología médica. A pesar de la hegemonía del modelo médico, el surgimiento del marco de la medicina preventiva legitimó aún más la participación de los científicos sociales en el estudio de la multicausalidad de la enfermedad. Sin embargo, las limitaciones que trajo consigo la falta de contextualización histórica y política del modelo de la medicina preventiva dieron paso al movimiento latinoamericano de medicina social, basado en el materialismo histórico, y al desarrollo tanto de la epidemiología crítica como de la antropología médica crítica.

## Palabras clave

Salud pública; América Latina; antropología médica; Organización Panamericana de la Salud; determinantes sociales de la salud; determinación social de la salud; epidemiología; medicina social; ciencias sociales; medicina preventiva.

## MEDICINA SOCIAL, ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y FUNCIONALISMO CULTURAL

El advenimiento de la medicina social en Europa en 1848 gracias a los médicos Jules Guérin en Francia y Rudolph Virchow en Alemania supuso un cambio de paradigma en el campo de la medicina: la salud y la enfermedad ya no podían explicarse sólo por factores biomédicos, sino también por las circunstancias sociales, políticas y ambientales. El argumento de Virchow de que “la medicina es ciencia social y la política no es otra cosa que medicina a gran escala” (1) llegó a América Latina a principios del siglo XX, cuando el movimiento higienista ya

había despegado y comenzaban a construirse establecimientos de salud en las zonas rurales. Las sociedades de medicina social se formaron en Perú en 1927 y en Argentina en 1932 (2). En Chile, la formalización de la práctica de la medicina social en la década de 1930 llevó a la creación de la Escuela de Salud Pública en Santiago en 1943, donde se capacitaron profesionales de la salud para estudiar las condiciones de vida y las causas de los problemas de salud en las comunidades (3); estas experiencias ocurrieron también en otras partes del país, como en Concepción (4). Algunos ejemplos de los primeros análisis de medicina social provienen de Brasil (5), Chile (6) Costa Rica (7), Venezuela (8) y Argentina (9).

<sup>1</sup> Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, Nueva Orleans, Estados Unidos de América ✉ [acaastro1@tulane.edu](mailto:acaastro1@tulane.edu)

Traducción al español efectuada por la autora del artículo en inglés publicado en *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health: Social Medicine and the Social Sciences in Latin America: Conceptual Tensions for the Transformation of Public Health in the 20th Century*. En caso de discrepancia, prevalecerá la versión original en inglés, disponible en <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.333>

El estudio etnográfico de la enfermedad y las prácticas médicas, integrado en la empresa colonial de la antropología desde la década de 1880, contribuyó a un área de investigación que más tarde se conoció como etnomedicina. En México, la antropología médica tuvo unos “comienzos más o menos imprecisos” en la década de 1920 (10), y se desarrolló en la década de 1930 después de que se formara la Primera Conferencia Nacional de Salud Rural para llevar servicios médicos a todo el país, particularmente en las áreas indígenas, y se enseñó en las escuelas de medicina desde 1939 (11). A partir de entonces, las discusiones entre antropólogos y científicos biomédicos se desarrollaron en torno a la medicina intercultural, con el objetivo de desarrollar centros de salud rurales y, sin ninguna perspectiva crítica o aportes teóricos (10), cambiar el comportamiento de las poblaciones indígenas para que pudieran beneficiarse de la biomedicina (11). Los antropólogos contribuyeron a la promoción de los programas tradicionales de parteras, a la introducción de asistentes de salud en los programas de salud pública y a la recuperación de la medicina tradicional, aunque más tarde fueron criticados por su ideología desarrollista (10).

Algunos de los aspectos teóricos y metodológicos más influyentes de la antropología médica en América Latina se desarrollaron en las décadas de 1940 y 1950, en particular en México, Colombia y Perú (10). La mayor parte de estas investigaciones se llevaron a cabo en colaboración con instituciones nacionales de salud y organizaciones de los Estados Unidos, como el Instituto Smithsonian, que se centró en la investigación aplicada en las comunidades indígenas que viven en zonas rurales (10) o, desde 1942, a través del Instituto de Asuntos Interamericanos (12), siguiendo el ejemplo que había tomado la Fundación Rockefeller en la respuesta a las enfermedades infecciosas en la región (13). Durante este tiempo, “pocos antropólogos, si es que había alguno, que recopilaban datos de forma rutinaria sobre las instituciones médicas se preocupaban por la relación de sus hallazgos con los problemas de salud de las personas estudiadas” o por analizar los contextos sociales y culturales en los que se llevaban a cabo las prácticas de salud (13). Esto contrastaba marcadamente con el enfoque de la medicina social, que se basaba en el concepto de que el estudio del contexto social era esencial para comprender y abordar las causas de los problemas de salud.

Estas investigaciones, destinadas a ampliar los programas de salud pública, se enmarcaron dentro de un enfoque estructural o cultural funcionalista (10), en ese momento dominante en la antropología debido al legado de los antropólogos europeos Alfred Radcliffe-Brown (14) y Bronislaw Malinowski (15). Estos estudios también eran etnocéntricos, justificando acriticamente la práctica médica hegemónica (10, 16). Asumieron que, una vez que las poblaciones objetivo comprendieran las ventajas de las prácticas biomédicas preventivas y curativas, no dudarían en aceptarlas (12). La hipótesis subyacente aportada por los funcionalistas era que, aunque la causalidad se percibía como “casi unívocamente cultural” (10), las condiciones de salud de una población podrían transformarse cambiando su sistema médico (17) sin cambiar la cultura de las comunidades receptoras (10).

En la década de 1950, cuando se hizo evidente que en toda la región las poblaciones locales se resistían a aceptar las prácticas biomédicas, los antropólogos continuaron siendo bienvenidos en los programas de salud pública nacionales e internacionales

porque ayudaban a explicar, sin cuestionar la idoneidad de estas intervenciones, el “modelo adversario”: por qué las creencias y prácticas tradicionales de salud, que estaban arraigadas en contextos sociales y culturales más amplios, chocaban con las intervenciones biomédicas (13). Como resultado, la preocupación de la posguerra por el desarrollo desde el gobierno de los Estados Unidos lanzó la antropología médica como una disciplina práctica aplicada que contribuyó al campo de la salud pública internacional y que se enseñaba en las escuelas de medicina y salud pública de los Estados Unidos (18). Las metodologías positivistas traídas por la antropología, la sociología y la psicología se conocieron en los Estados Unidos como “las ciencias del comportamiento”, un nuevo concepto para un área de investigación destinada a disociar el “comportamiento individual” de su contexto social y atribuir la fuente del problema al ámbito individual (19-21), un marco en el que “lo social solo se incluye como una variable” (16).

Uno de los manuales de enseñanza más influyentes, escrito por el antropólogo Benjamin Paul mientras dirigía el programa de ciencias sociales de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue *Salud, Cultura y Comunidad: Estudios de Caso de Reacciones Públicas a los Programas de Salud* (22), donde se dedicó una sección entera del libro a “reeducar a la comunidad”. Al igual que anteriormente en México, estas contribuciones, si bien son relevantes para la introducción de las ciencias sociales en la salud pública y la educación médica, realizaron escasa reflexión crítica sobre su propósito. Por el contrario, “los antropólogos médicos aplicados se dedicaron a la salud pública internacional para examinar las ‘barreras culturales’ a la promoción de la salud y las campañas de salud y para diseñar programas de salud que fueran considerados culturalmente apropiados por las poblaciones locales (‘los nativos’) [...] Gran parte de este trabajo se centró en un problema engañosamente complejo: cómo lograr que las poblaciones locales alteraran su comportamiento de una manera que mejorara su salud” (18). Este problema también se ha descrito en Brasil (23). En Estados Unidos, Georges Foster, uno de los fundadores de la antropología médica en América Latina, y quien realizó la mayor parte de sus investigaciones en México a partir de la década de 1940, argumentó que estudiar el contexto sociocultural de las poblaciones objetivo no era suficiente, y que “las principales ‘barreras’ para mejorar los programas de salud también se encuentran en las culturas de las burocracias, las suposiciones de la profesión médica y en la estructura psicológica de los especialistas que participan en estos programas” (12). Foster también postuló que “los costos económicos y sociales son más importantes para determinar el uso o no uso de la medicina científica que el conflicto de creencias entre la medicina tradicional y la moderna” (12).

Sin embargo, en ese momento, “la teoría social era en gran medida periférica” a la antropología médica (24) y la sociología médica, disciplinas que fueron en su mayor parte descriptivas hasta la década de 1970 debido a la fuerte influencia del funcionalismo (17). Es decir, del funcionalismo estructural o cultural en antropología y, en sociología, por la aplicación de la teoría funcionalista de Talcott Parsons (25) al estudio sociológico de la medicina y a la relación médico-paciente (10). Además, existía la preocupación de que la antropología médica y la sociología médica siguieran tratando a la biomedicina como la única referencia autorizada en el estudio de la salud y la enfermedad (10, 13).

## LA MEDICINA PREVENTIVA Y LA MULTICAUSALIDAD DE LA ENFERMEDAD

Fue el marco de la medicina preventiva de la década de 1960 lo que proporcionaría la plataforma para el desarrollo de “una teoría social de la medicina” en América Latina (26). Una serie de reuniones internacionales sobre educación médica realizadas entre 1952 y 1953 en Estados Unidos, Francia e Inglaterra, dieron paso a que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizara talleres de seguimiento en Chile (1955) y México (1956) a los que asistieron representantes de todas las facultades de medicina de la región (27). Estas reuniones tenían como objetivo transformar la enseñanza de un enfoque higienista verticalista en un enfoque más complejo y multicausal desde la medicina preventiva en las facultades de medicina de toda América Latina (28). En Brasil, por ejemplo, la facultad de medicina de la Universidad del Estado de Río de Janeiro introdujo estos cambios en 1967, y luego creó el Instituto de Medicina Social en 1971 (29).

La medicina preventiva incluiría cursos de bioestadística, epidemiología, higiene, problemas sociomédicos familiares, comunitarios y nacionales, antropología social y ecología, educación para la salud, medicina del trabajo, y organizaciones de salud y atención médica (28). La antropología médica se enseñaba como parte de los cursos de medicina social en países como Guatemala (30) y Venezuela (31). Los aportes de los antropólogos médicos se basaron en un trabajo de campo extenso, principalmente en comunidades rurales indígenas y a veces en entornos urbanos marginales, en colaboración con instituciones de salud, más que desde la academia (10). Sin embargo, surgieron críticas de que varios de los nuevos cursos de medicina preventiva eran esencialmente teóricos y no estaban bien integrados con la práctica médica. Por tanto, estos cursos permanecieron aislados de la educación médica general, lo que impidió la integración completa de la prevención primaria y secundaria en la educación médica (28).

Durante los talleres en Chile y México, los participantes recomendaron que la OPS analizara el papel de las ciencias sociales en las facultades de medicina y propusiera políticas para homogeneizar su enseñanza. Fue en este contexto, con financiamiento de la Fundación Milbank, que la OPS reclutó en 1966 al médico y sociólogo argentino Juan César García, quien entonces realizaba investigaciones en la Escuela de Salud Pública de Harvard y estaba siendo expuesto a través de los discípulos de Henry Sigerist a sus ideas sobre la medicina socializada (20). A pesar de las crecientes críticas al positivismo, la medicalización y la ideología médica dirigidas a cambiar la educación médica y la prestación de la atención, García argumentó que la mayor parte del debate derivado de las ciencias sociales seguía siendo en gran medida teórico, con los científicos sociales divididos entre estructuralistas y fenomenólogos (17)—la fenomenología trata sobre la experiencia subjetiva y de las representaciones de la enfermedad.

En 1968, la OPS creó el Comité sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Facultades de Medicina de América Latina, con participantes de Brasil, Colombia, Chile, Puerto Rico y Venezuela (32). Llegaron a la conclusión de que uno de los objetivos de las facultades de medicina debería ser enseñar “los factores ambientales, económicos y socioculturales que modifican la salud” (32). Como seguimiento a la reunión, la OPS patrocinó un análisis, escrito por García, sobre

la formación de estudiantes de medicina y la relación entre el ejercicio de la medicina y la estructura social (27). Esta investigación dio la oportunidad a García de crear una amplia red de intelectuales latinoamericanos, en su mayoría médicos, interesados en promover las ciencias sociales en la educación médica —las “ciencias sociales aplicadas a la salud”, como se las conocía en ese momento— como plataforma para cambiar el paradigma en la prestación de servicios de salud y fortalecer el movimiento latinoamericano de medicina social (20). Desde su posición en la OPS, y además de organizar reuniones regionales sobre medicina social y ciencias sociales, García distribuyó fotocopias de literatura marxista aún inexistente en América Latina y sobre métodos de investigación a su red, proporcionando las bases ideológicas y metodológicas para el movimiento de medicina social (20). Miguel Márquez, de Ecuador, y María Isabel Rodríguez, de El Salvador, fueron los principales colaboradores de García en la OPS (33).

La primera reunión regional sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de medicina, organizada por García desde la OPS, tuvo lugar en Cuenca, Ecuador, en 1972. Los participantes procedían de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Uruguay, Venezuela, además de la OPS (34). Expresaron su preocupación por el hecho de que las ciencias sociales, y en particular la sociología médica, se estuvieran introduciendo en la práctica de la medicina con un enfoque funcionalista, es decir, “centrado en el análisis estático de los fenómenos sociales, eliminando el carácter de proceso de dichos fenómenos, y desligado de la base material en la cual estos se producen” (34). Sin embargo, el funcionalismo cultural que criticaban provenía de la antropología, que no era muy conocida entre los participantes de la reunión, quienes atribuyeron sus críticas a los modelos desarrollados por la influyente obra de Parsons (10). Argumentaron que los enfoques acrílicos resultaban en parte de la necesidad de los médicos de obtener información empírica y rápida para la resolución de problemas. Los participantes de la reunión abogaron por un modelo alternativo que considerara las relaciones entre la salud, los modos de producción, los contextos socioeconómicos y la organización de la atención médica en América Latina, la relación entre las ciencias sociales y las biológicas, así como mejorar el marco teórico de este nuevo modelo (34).

Aunque los modelos de la teoría social se basaron en el trabajo académico de la antropología médica, los esfuerzos derivados de la reunión de Cuenca proporcionaron un papel hegemónico a la sociología médica dentro de las “ciencias sociales aplicadas a la salud”, desplazando a los antropólogos médicos en sus roles anteriores en las facultades de medicina y en la OPS (10). Con algunas excepciones, los antropólogos médicos, aunque seguían involucrados en proyectos de prestación de servicios de salud, permanecieron dentro de su paradigma funcionalista cultural, ignorando los factores estructurales, apoyando indirectamente la aculturación y las ideologías del desarrollo, y sin abrazar las perspectivas críticas hasta más adelante (10).

## DETERMINANTES HISTÓRICOS, EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA Y EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

Los análisis antifuncionalistas y materialistas históricos de la salud y la enfermedad crecieron en toda América Latina en la década de 1970, en un momento en que el movimiento social por el derecho universal a la salud se extendía por toda la

región. Este movimiento intelectual, social y político promovió la necesidad de contextualizar los resultados de salud dentro de marcos históricos y sociológicos (16) y comprender que los problemas de salud son el resultado de múltiples causas que trascienden la historia natural de la enfermedad (20, 35). Los defensores de este marco político económico, basado principalmente en el marxismo estructural y en parte en la teoría de la dependencia y la teología de la liberación (20), argumentaron que los avances científicos y el mayor crecimiento económico no estaban contribuyendo a mejorar la salud de las poblaciones de la región (36). Por el contrario, denunciaron que las condiciones de vida urbanas se estaban deteriorando, que cada Estado tenía la responsabilidad de brindar atención médica a sus poblaciones (37-39) y que la industrialización y la urbanización estaban contribuyendo al aumento de las desigualdades sociales en la región (16). Sin embargo, algunos autores criticaron que “la transición del funcionalismo al materialismo histórico fue un proceso de ‘sustitución de un estructuralismo por otro’” (20).

En la década de 1970, las facultades de medicina latinoamericanas se basaron en el enfoque de las ciencias del comportamiento, que García criticó por su “metodología positivista y el uso de un término (comportamiento) que invisibilizaba la raíz histórica de las acciones humanas” (20). Esta crítica motivó “el análisis crítico e ideológico de lo que habitualmente se presenta como conocimiento puramente técnico” (26) entre los defensores de la medicina social en América Latina.

Una de sus preocupaciones era la necesidad de diferenciar la medicina social de la salud pública y también de la medicina preventiva (40). La medicina social se distinguió porque, a partir de la conceptualización proporcionada por la teoría social previa a la elección de las metodologías de investigación específicas, “define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. En este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras” (36). Los estudios sobre la pertenencia de clase (41-47) mantenían “una visión de la clase social que tiene sus raíces en el proceso de producción y no en características demográficas como los ingresos, la educación o el prestigio ocupacional, que se usan para realizar una estratificación social, pero dejan intocadas las relaciones que determinan los problemas sociales como la salud-enfermedad” (36). En oposición al modelo biomédico que *desocializa* la enfermedad (48), la medicina social *resocializa* sus orígenes y el sufrimiento que los acompaña.

Con estos marcos conceptuales, García organizó cursos de medicina social en lo que hoy es la Universidad Estatal de Río de Janeiro en Brasil en 1973 y en la Universidad Autónoma Metropolitana de México, Xochimilco, en 1974, otorgando becas de la OPS a participantes de toda la región e invitando a pensadores europeos como Ivan Illich y Michel Foucault a impartir clases como profesores (20). Cada una de estas instituciones, con el apoyo de la OPS, creó inmediatamente una Maestría en Medicina Social (26) en la que se han formado decenas de latinoamericanos. Con el tiempo, varias instituciones públicas de Colombia, Cuba y Venezuela ofrecieron posgrados en medicina social (36). Desafortunadamente, varios profesionales de la medicina social en América Latina fueron perseguidos, torturados o asesinados debido a su activismo político y su defensa

de los derechos humanos, como en Argentina, Chile y Colombia (26, 49). En Chile y Argentina, los esfuerzos de la medicina social fueron mitigados por los golpes de Estado de 1973 y 1976, respectivamente (49).

A pesar de la plataforma que la medicina preventiva había proporcionado al desarrollo de las ciencias sociales y la salud, durante la segunda reunión del Comité de Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social de la OPS en 1974, los participantes discutieron que la capacitación en medicina preventiva, que había preparado a los médicos para atender a sus pacientes de manera integral, llamando la atención sobre los aspectos biopsicosociales de la enfermedad, continuó ignorando en su mayoría los determinantes históricos de la estructura de la atención médica (28). Este problema se conoció como el “dilema preventivista” (50). En cambio, propusieron que una perspectiva de medicina social que estudiara la sociedad, contextualizara los problemas de salud e identificara los mecanismos de control para transformar la práctica médica en beneficio de las poblaciones lograría un efecto más dinámico y transformador. Los futuros profesionales de la salud serían capaces de analizar las instituciones médicas dentro de cada contexto social, comprender los determinantes de la atención médica e identificar las fuerzas dominantes de la medicina que están más estrechamente asociadas con el poder y el dinero. Por ejemplo, identificarían que la práctica hegemónica de la atención médica en América Latina consiste en diagnosticar y tratar a los pacientes con un enfoque individual, de forma preeminente sobre la salud colectiva, la salud pública y la comunidad (28).

El comité llegó a la conclusión de que, para formar a los estudiantes de medicina en medicina integral, era necesario enseñar medicina preventiva dentro de cada disciplina médica y que la epidemiología, las ciencias sociales y la planificación eran la base para la enseñanza de la medicina social; la bioestadística ya había alcanzado notoriedad y se había convertido en un principio básico de la educación médica (28). También abogaron por ampliar el alcance de la educación y la práctica médica a regiones geográficas más grandes (en lugar de limitarse a pequeñas comunidades urbanas o rurales), en las que la capacitación y la prestación de la atención médica podrían integrarse bien (28). Del mismo modo, el concepto de salud comunitaria fue criticado por su “ideología burguesa” (51) y por reproducir algunas de las deficiencias del modelo de medicina preventiva, como su énfasis ahistórico del enfoque de las ciencias del comportamiento (52).

En la década de 1970, una importante contribución conceptual y metodológica a la medicina social provino de la naciente disciplina de la epidemiología social crítica, desarrollada en Ecuador por Jaime Breilh con aportes de Edmundo Granda (51, 53-55). La epidemiología crítica contrastaba marcadamente con la “doctrina del multicausalismo” de la epidemiología convencional (56), que reduce “el análisis determinante a un conjunto de asociaciones causales lineales, [que] coloca a los determinantes sociales en un sitio periférico [y] menos importante dentro de la red, con respecto a factores que, según este paradigma, [de hecho] juegan un papel directo y más importante en la generación de problemas” (57, citado por Breilh, 54). Breilh defiende una epidemiología comprometida con la justicia social y la equidad que tiene como objetivo “eliminar los procesos que destruyen y amenazan la vida humana, promoviendo, en cambio, las medidas y los procesos de apoyo para proteger a la sociedad, a la familia y al individuo” (58).

Metodológicamente, la epidemiología crítica de Breilh se basa en tres enfoques: “(a) la escuela más estrechamente vinculada a los sistemas dinámicos lineales y no lineales (modelización matemática o ajuste de modelos), (b) la escuela relacionada con el conocimiento de los procesos microsociales (antropología, técnicas cualitativas de análisis de contenido) y (c) la escuela vinculada al uso de categorías para estudiar los procesos estructurales y superestructurales (economía política y sociología) [que son incompatibles con] la línea neopositivista empírico-analítica que insiste ciegamente en la investigación inductiva centrada en el reduccionismo matemático formal dentro de una causalidad estática y jerárquica” (58). En la década de 1990, la epidemiología crítica proveniente de Ecuador evolucionó para estudiar la inequidad en salud y el impacto de las políticas económicas liberales en las relaciones de poder sociales, étnicas y de género (54). En México, Asa Cristina Laurell se enfocó en el impacto de la estructura económica y la salud ocupacional (41, 45, 59). En Brasil, el epidemiólogo y antropólogo Naomar de Almeida Filho, entre otros, se ha centrado en los puntos en común de ambas disciplinas (60-62) y César Victora ha llevado a cabo extensos análisis epidemiológicos de las inequidades en salud, particularmente en torno a la salud infantil desde la década de 1980 (63).

También en la década de 1970, el antropólogo médico Eduardo Menéndez creó el influyente marco conceptual del modelo médico hegemónico (46, 64), lanzando así una visión crítica para la antropología médica en América Latina. Menéndez, con sede en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en México, e inspirado por la teoría de la hegemonía cultural de Antonio Gramsci (65), definió el modelo médico hegemónico como caracterizado “por una serie de rasgos estructurales (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, etcétera [...]) que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad. En última instancia puede decirse, que aun cuando puede llegar a reconocer dicha incidencia, trata de subordinarla indefectiblemente a las determinaciones biológicas (y secundariamente psicológicas) del problema analizado. Estos caracteres no sólo dominan la práctica privada de mercado, sino también a las prácticas incluidas dentro de organizaciones salubristas o de seguridad social, en la medida que las mismas están incluidas en economías de mercado que convierten a la salud, directa o indirectamente en una mercancía” (10). Además de sus funciones preventivas y curativas, el modelo médico hegemónico “cumple funciones de control, de normatización y de legitimación, que en determinadas coyunturas económico-políticas pueden tener más relevancia que las funciones reconocidas como ‘estrictamente’ médicas” (10). Estas ideas resuenan con los conceptos de Michel Foucault de poder, dominación, hegemonía y opresión (66) y con la de la moderación: “La clínica, constantemente alabada por su empirismo, la modestia de su atención y el cuidado con que silenciosamente deja que las cosas afloren a la mirada observadora sin perturbarlas con discursos, debe su verdadera importancia al hecho de que es una reorganización en profundidad, no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un discurso sobre la enfermedad. La *restricción* del discurso clínico (su rechazo de la teoría, su abandono de los sistemas, su falta de filosofía; todo ello tan orgullosamente proclamado por los médicos) refleja las condiciones no verbales

a partir de las cuales se puede hablar: la estructura común que divide y articula lo que se ve y lo que se dice” (67). Menéndez también ha promovido con éxito “la necesidad de incluir los determinantes económico-políticos del proceso salud/enfermedad/atención como elementos centrales en el análisis y la práctica” (68). Antes de Menéndez, la antropología médica latinoamericana se había desplazado tanto a los márgenes de las “ciencias sociales aplicadas a la salud” que apenas contribuyó al desarrollo de la epidemiología social (10). El advenimiento de la antropología médica crítica ayudó a reposicionar a la antropología en un papel central, como ha sucedido en Brasil (69) y México (70).

## LA COLECTIVIDAD DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD Y EL MOVIMIENTO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL

En Brasil y otros países de América Latina, el concepto de salud pública fue reemplazado progresivamente por el de salud colectiva (71-75). Este cambio de terminología no fue solo semántico, sino que la *saúde coletiva* se convirtió en una plataforma para el desarrollo teórico de las ciencias sociales y la intervención política (16). Sergio Arouca y Anamaria Tambellini, del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Estatal de Campinas, crearon el Laboratorio de Educación Médica y Medicina Comunitaria (LEMC, por sus siglas en portugués), desde el cual acabaron criticando el modelo de la medicina preventiva. Su experiencia “fue una de las piedras angulares del movimiento de la salud pública brasileña, que, a su vez, sirvió de base para las reformas constitucionales que, después de la restauración de la democracia, establecieron el Sistema Único de Salud (SUS, del portugués *Sistema Único de Saúde*) en Brasil” (20). Estos y muchos otros esfuerzos se materializaron con la creación de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO, por sus siglas en portugués) en 1979 (16). En el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, la maestría en medicina social pasó a llamarse maestría en salud colectiva en 1987 (29). Tras la restitución de la democracia en Argentina, las Universidades Nacionales de Rosario y Lanús han ofrecido estudios de posgrado en salud colectiva. En Ecuador, bajo el liderazgo de Jaime Breilh, la Universidad Andina Simón Bolívar ofrece posgrados en epidemiología y salud colectiva.

En 1983, la segunda reunión regional sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de medicina, organizada por García, se llevó a cabo en Cuenca (Ecuador), en lo que más tarde se conocería como “Cuenca II”. Algunos participantes fueron Jaime Breilh (Ecuador), Pedro Luis Castellanos (Venezuela), Edmundo Granda (Ecuador), Asa Cristina Laurell (México), Miguel Márquez (Ecuador), Hugo Mercer (México), Everardo Nunes (Brasil) y María Isabel Rodríguez (El Salvador) (76). Las ponencias de la reunión se recopilaron en el volumen *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas* (38). En 1984, poco después de la muerte de García, algunos de los asistentes a Cuenca II convocaron el 2º Seminario Latinoamericano de Medicina Social en Ouro Preto (Brasil) y fundaron la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), en colaboración con ABRASCO. Entre los participantes se encontraban algunos de los líderes más destacados de la medicina social latinoamericana hasta la fecha: Breilh, Laurell y Nunes, que estuvieron en Cuenca II, y Sergio Arouca (Brasil), Paulo

Buss (Brasil), Hésio Cordeiro (Brasil), Saúl Franco (Colombia) y Mario Testa (Argentina) (77).

Uno de los postulados de la medicina social latinoamericana es “la articulación entre la teoría y la práctica política conocida como *praxis* que define a la teoría como la descripción de la realidad y la inspiración del cambio social” (26), inspirado en el libro de Gramsci *Cuadernos de la cárcel* publicado por primera vez en 1947 (65). Otra es la desmitificación de la “ideología ‘hegemónica’ [que] tiende a justificar los intereses de la clase que domina la sociedad durante un período histórico específico”, basada en las teorías de Louis Althusser, reflejadas en la crítica a las políticas de desarrollo de América del Norte, Europa y el Banco Mundial o al poder que ejercen las corporaciones multinacionales (78). Los defensores de la medicina social también han argumentado que la salud y la enfermedad deben estudiarse como un proceso dialéctico (79), dado que “al dicotomizar la presencia o ausencia de una enfermedad, los modelos multicausales tradicionales no consideran adecuadamente los vínculos dinámicos por los cuales las condiciones sociales afectan el proceso dialéctico salud-enfermedad. Estos análisis han sugerido un enfoque más complejo de la causalidad, en el

que las condiciones sociales e históricas reciben un énfasis más explícito” (78).

La medicina social y la salud colectiva latinoamericanas constituyen un movimiento social, académico y político que participa activamente en la generación de ideas complejas, fuertemente arraigadas en las ciencias sociales y en la promoción del derecho a la salud y a la atención en salud, que ha transformado la salud pública en la región. La medicina social también ha contribuido al desarrollo tanto de la epidemiología crítica como de la antropología médica crítica.

**Reconocimientos.** En memoria afectuosa de Carola y Leon Eisenberg, Francisco Rojas Ochoa, Kris Heggenhougen y Paul Farmer, por compartir generosamente su visión sobre la medicina social y las ciencias sociales durante muchos años.

**Conflicto de intereses.** Ninguno declarado.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de la autora y no reflejan necesariamente los puntos de vista o las políticas de la Revista Panamericana de Salud Pública o de la Organización Panamericana de la Salud.

## REFERENCIAS

- Virchow R. Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie [Comunicaciones sobre la epidemia de tífus prevaliente en Alta Silesia]. Berlin: Verlag von G. Reimer; 1848.
- Cueto M, Palmer S. *Medicine and public health in Latin America: A history*. Nueva York: Cambridge University Press; 2015.
- Romero H. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. En: Jiménez de la Jara J, editor. *Medicina social en Chile*. Santiago: Ediciones Aconcagua; 1977. p. 11-85.
- San Martín H, Merino S. R, Peña J. Enseñanza de la medicina preventiva y social en Concepción, Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1964;57(1):16-25.
- de Castro J. *Condições de vida das classes operárias do Recife*. Recife: Departamento de Saúde Pública; 1935.
- Allende S. *La realidad médico-social chilena*. Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social; 1939.
- Calderón Guardia RA. *El gobernante y el hombre frente al problema social costarricense*. San José: Imprenta Nacional; 1942.
- Bengoa JM. *Medicina social en el medio rural venezolano*. Caracas: Grafolit; 1946.
- Carrillo R. *Teoría del hospital*. Tomo I. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública; 1951.
- Menéndez EL. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*. 1985;7(28):11-28.
- Duarte-Gómez MB, Campos-Navarro R, Nigenda G. Medical anthropology in Mexico: Trends in research and education. En: Saillant F, Genest S, editores. *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, Massachusetts: Blackwell; 2006. p. 71-85.
- Foster GM. Medical anthropology and international health planning. *Soc Sci Med*. 1977;11(10):527-34.
- Foster GM. Medical anthropology: some contrasts with medical sociology. *Soc Sci Med*. 1975;9(8-9):427-32.
- Radcliffe-Brown A. *The Andaman islanders: a study in social anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1922.
- Malinowski B. *Argonauts of the Western Pacific: An account of native enterprise and adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*. Londres: Routledge and Kegan Paul; 1922.
- Minayo MCdS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. 407 p.
- García JC. *Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*. Educación Médica y Salud. 1983;17(4):363-97.
- Castro A, Farmer P. *Medical anthropology in the United States*. En: Saillant F, Genest S, editores. *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, Massachusetts: Blackwell; 2006. p. 42-57.
- Duarte E. Trayectoria de la medicina social en América Latina: Elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes ED, Breilh J, Laurell AC, editores. *Debates en medicina social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud y ALAMES; 1991. p. 17-137.
- Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García and the Latin American social medicine movement: notes on a life trajectory. *Salud Colectiva*. 2011;7(3):285-315.
- Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*. 1990;10(4):1-7.
- Paul BD, editor. *Health, Culture, and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. New York: Russell Sage Foundation; 1955.
- Leibing A. Much more than medical anthropology: The healthy body and Brazilian identity. En: Saillant F, Genest S, editores. *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, Massachusetts: Blackwell; 2006. p. 58-70.
- Good B. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press; 1994.
- Parsons T. *The social system*. Glencoe, Illinois: Free Press; 1951.
- Tajer D. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*. 2003;93(12):2023-7.
- García JC. *La educación médica en la América Latina*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1972.
- Organización Panamericana de la Salud. *Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina*. Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. 1975;22:1-13.
- Sayd JD. Instituto de Medicina Social. *Trinta anos de saúde coletiva em 2001*. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 2001;11(2):9-10.
- Girón MA. *Medicina social*. Guatemala: Editorial Universitaria; 1964.
- González CL, López Vidal E, Acosta Sierra CE, Colmenares A, Arias Rojas F. *La enseñanza de la medicina preventiva y social en la Escuela de Medicina José Vargas, Universidad Central de Venezuela*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1965;58(3):209-15.
- Organización Panamericana de la Salud. *Comité de expertos de la OPS-OMS. Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina*. *Educación Médica y Salud*. 1969;3(2):132-55.

33. Borgia F, Feo O, Heredia N, Forti S, Jiménez P. ALAMES a 25 años: Balance, desafíos y proyección. *Saúde em Debate*. 2009;33(83):484-95.
34. Varios autores. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*. 1974;8(4):354-9.
35. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
36. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(2):128-36.
37. Breilh J, Granda E. Ciudad y muerte infantil. Quito: CEAS Ediciones, Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1983.
38. Nunes ED. As ciências sociais em saúde na América Latina. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985.
39. Briceño-León R, editor. Ciencias sociales y salud en América Latina: Un balance. Caracas: Fundación Polar; 1998.
40. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. En: Nunes ED, editor. *Las ciencias sociales en salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Montevideo: OPS-CIESU; 1986. p. 21-9.
41. Laurell AC. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 1977;3(6):79-87.
42. Behm Rosas H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 1979;12:69-102.
43. Donnangelo MC. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1975.
44. Laurell AC, Gil JB, Machetto T, Palomo J, Rulfo CP, Ruíz de Chavez M, et al. Disease and rural development: a sociological analysis of morbidity in two Mexican villages. *Int J Health Serv*. 1977;7(3):401-23.
45. Laurell AC. Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*. 1978;17:59-79.
46. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F, et al, editores. *La salud de los trabajadores: Aportes para una política de la salud*. Ciudad de México: Editorial Nueva Imagen; 1978. p. 9-53.
47. Cordeiro HdA, Arouca AMT, Fiori JLD, Guimarães RFN, Nogueira RP. Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 1976;22(84):159-89.
48. Rojas Ochoa F. *Salud y salud pública: Teoría y práctica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
49. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*. 2001;358(9278):315-23.
50. Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas: UNICAMP; 1975.
51. Breilh J. Community medicine under imperialism: a new medical police? *Int J Health Serv*. 1979;9(1):5-24.
52. de Almeida Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*. 1999;75:5-30.
53. Granda E. Salud pública: Hacia la ampliación de la razón. En: Briceño-León R, editor. *Ciencias sociales y salud en América Latina: Un balance*. Caracas: Fundación Polar; 1998. p. 47-72.
54. Breilh J. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*. 2008;37(4):745-50.
55. Breilh J, Granda E. Epidemiology and heterogeny. *Soc Sci Med*. 1989;28(11):1121-7.
56. MacMahon B, Pugh TF, Ipsen J. *Epidemiologic Methods*. Boston: Little, Brown & Co; 1960.
57. Breilh J. *Epidemiología: Economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central; 1979.
58. Breilh J. Epidemiology's role in the creation of a humane world: convergences and divergences among the schools. *Soc Sci Med*. 1995;41(7):911-4.
59. Laurell AC. Research on work and health in Latin America: the perspective of social medicine. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*. 1995;5(4):53-63.
60. de Almeida Filho N. *Epidemiología sin números*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
61. de Almeida Filho N. *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
62. de Almeida Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):753-70; discussion 71-99.
63. Victora CG, Blank N. Epidemiology of infant mortality in Rio Grande do Sul, Brazil. The influence of agricultural production. *J Trop Med Hyg*. 1980;83(5):177-86.
64. Menéndez EL. *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciudad de México: Cuadernos de la Casa Chata; 1983.
65. Gramsci A. *Quaderni del carcere*. Turín: Einaudi; 1975.
66. Foucault M. *Histoire de la sexualité*. París: Gallimard; 1976.
67. Foucault M. *Naissance de la clinique*. París: Presses Universitaires de France; 1963.
68. Menéndez EL. *Salud pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 103-22.
69. Minayo MCdS. *Contribuições da antropologia para pensar a saúde*. En: Campos G, editor. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora; 2006. p. 189-218.
70. Menéndez EL. *Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional*. *Salud Colect*. 2018;14(3):461-81.
71. Canesqui AM. *Ciências Sociais e Humanas: interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva*. En: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCdA, Ramos CL, editores. *Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. p. 57-84.
72. de Souza LEPP. *Saúde pública ou saúde coletiva? Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2014;15(4).
73. Nunes ED. *Saúde coletiva: História de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade*. 1994;3(2):5-21.
74. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é saúde coletiva? In: Paim JS, de Almeida Filho N, editores. *Saúde Coletiva: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 3-12.
75. Vieira-da-Silva LM. *Collective health: Theory and practice. Innovations from Latin America*. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. Nueva York: Oxford University Press; 2021.
76. Castellanos PL, Breilh J. Comunicación personal sobre los participantes de la segunda reunión regional sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de medicina. 2022.
77. Varios autores. *Acta de Ouro Preto. Constitución de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. *Medicina Social*. 2009;4(4):263-4.
78. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*. 2001;91(10):1592-601.
79. Castro R. *Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales*. *Cien Saude Colet*. 2003;8(1):47-62.

## LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Galeano, D., Trotta, L., & Spinelli, H. (2011). Juan César García and the Latin American social medicine movement: notes on a life trajectory. *Salud Colectiva*, 7(3), 285-315.
- Ianni, A. M. Z., y Ribeiro, P. T. (2022). Advancements in Social Sciences Applied to Health in Latin America and the Caribbean. En *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Paim, J. S., & de Almeida Filho, N. (Eds.). (2014). *Saúde Coletiva: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook.
- Spinelli, H. (Ed.) (2004). *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vieira-da-Silva, L. M. (2021). *Collective health: Theory and practice. Innovations from Latin America*. En *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Nueva York: Oxford University Press.

Aceptado para publicación (original en inglés) el 24 de mayo de 2023.

---

## Social medicine and the social sciences in Latin America: conceptual tensions for the transformation of public health in the 20th century

### ABSTRACT

The development of public health in Latin America during the 20th century combined, early on, the social medicine framework on the social, political, and environmental origins of disease with the contributions of medical anthropological fieldwork. Despite the hegemony of the medical model, the surge of the preventive medicine framework further legitimized the involvement of social scientists in the study of the multicausality of disease. However, the limitations brought by the preventive medicine model's lack of historical and political contextualization gave way to the Latin American social medicine movement, which was grounded in historical materialism, and the development of both critical epidemiology and critical medical anthropology.

### Keywords

Public Health; Latin America; anthropology, medical; Pan American Health Organization; social determinants of health; social determination of health; epidemiology; social medicine; social sciences; preventive medicine.

---

---

## Medicina social e ciências sociais na América Latina: tensões conceituais para a transformação da saúde pública no século XX

### RESUMO

Desde o início, a evolução da saúde pública na América Latina ao longo do século XX combinou o marco teórico da medicina social sobre as origens sociais, políticas e ambientais das doenças com as contribuições derivadas do trabalho de campo da antropologia médica. Apesar da hegemonia do modelo médico, o surgimento do modelo de medicina preventiva legitimou ainda mais a participação dos cientistas sociais no estudo da multicausalidade das doenças. Entretanto, as limitações causadas pela falta de contextualização histórica e política do modelo de medicina preventiva abriram espaço para o movimento latino-americano de medicina social, fundamentado no materialismo histórico, e para o desenvolvimento da epidemiologia crítica e da antropologia médica crítica.

### Palavras-chave

Saúde pública; América Latina; antropologia médica; Organização Pan-Americana da Saúde; determinantes sociais da saúde; determinação social da saúde; epidemiologia; medicina social; ciências sociais; medicina preventiva.

---