

Abordaje social de la salud en México: origen, desarrollo y desafíos

Oscar Armando Piñón Avilés,¹ Georgina Contreras Landgrave,²
Donovan Casas Patiño,³ Alejandra Rodríguez Torres⁴

Social approach to health in Mexico: origin, development and challenges

Recibido: 13 noviembre de 2023

Aceptado: 5 de marzo 2024

Resumen

Este trabajo presenta un recorrido histórico y teórico del abordaje de la salud desde las ciencias sociales en México, no obstante, como señala Laurell, no desde cualquier ciencia social, sino desde el materialismo histórico. Dicho recorrido parte de los planteamientos de la medicina social y su influencia en los primeros debates socio-sanitarios del México posrevolucionario, que por un lado buscaban dar fin a la inercia del positivismo heredado del Porfiriato, y por otro, superar el biologicismo inscrito en la epidemiología clásica, acompañados de un incipiente Estado de Bienestar. Posteriormente los limitados alcances que tuvo el carácter funcionalista de la nascente sociología médica en la década de 1950, y el fracaso de la Salud Pública desarrollista, abrieron nuevos debates en torno al modelo médico hegemónico y al limitado papel de las ciencias sociales en la salud, lo que derivó en una renovación teórica, política y crítica en esta área de conocimiento en el contexto latinoamericano desde la década de 1970. Cabe destacar que dicho activismo científico y los movimientos sociales impactaron en la creación de programas de posgrado comprometidos con la transformación sociosanitaria, profesional, académica y política, como ha sido el de diversos posgrados en México. No obstante, en el marco de las políticas que han dado continuidad a la hegemonía de la Salud Pública neoliberal, se abren nuevas perspectivas y desafíos, que reiteran el compromiso social, político y científico desde las visiones inscritas en la Medicina Social, Salud Colectiva y Sociología de la Salud.

PALABRAS CLAVE

Sociología de la Salud, Ciencias Sociales y Salud, Determinación Social de la Salud.

Abstract

This work presents a historical and theoretical overview of the approach to health from the social sciences in Mexico, however, as Laurell points out, but not from any social science, but from historical materialism. This journey is based on the approaches of social medicine, and its influence on the first socio-health debates in post-revolutionary Mexico, which on the one hand sought to put an end to the inertia of positivism inherited from the Porfiriato, and on the other, to overcome the biologicalism inscribed in epidemiology, classic, accompanied by an incipient Welfare State. Subsequently, the limited scope of the functionalist character of the nascent medical sociology in the 1950s, and the failure of developmental Public Health, opened new debates around the hegemonic medical model and the limited role of the social sciences in health, which led to a theoretical, political and critical renewal in this area of knowledge in the Latin American context since the 1970s. It should be noted that said scientific activism and social movements impacted the creation of postgraduate programs committed to socio-health transformation, professional, academic and political, as has been the case in various postgraduate courses in Mexico. However, within the framework of the policies that have continued the hegemony of neoliberal Public Health, new perspectives and challenges are opening up, which reiterate the social, political and scientific commitment from the visions inscribed in Social Medicine, Collective Health and Sociology of Health.

KEY WORDS

Health Sociology, Social Sciences and Health, Social Determination of Health.

¹Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1523-8196>. ²Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0353-5970>. ³Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>. ⁴Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>. aldefra2013@gmail.com.

Antecedentes

Como antecedente, el nacimiento incipiente de la salud como fenómeno social tuvo lugar en Europa en el siglo XIX con Jules R. Guérin, sin embargo, el eco de este abordaje cobro mayor fuerza a partir de siglo XX en diversas latitudes en Europa a partir de promotores como René Sand, Alfred Grotjahn y Rudolf Virchow, también Salvador Allende en Latinoamérica, quienes desde entonces señalaban que las enfermedades y los problemas de salud radicaban en las condiciones sociales en las cuales se vive, por lo tanto, los problemas médicos y la dimensión de la salud y el bienestar debía abordarse en relación a los aspectos sociales, políticos económicos y culturales, no solo biológicos.¹⁻³ Así, bajo esta lógica se fundó la medicina social, como área de conocimiento de la salud desde una perspectiva social, es decir, concibiendo a la medicina como una ciencia social.⁴ Esta perspectiva se observó con mayor agudeza como estragos de la revolución industrial a finales del siglo XIX y principios del siglo XX expresadas en las brechas en salud entre la creciente clase obrera y otros sectores más prósperos, además de observar dificultades para explicar los procesos de salud y enfermedad desde las perspectivas microbianas. Así, tras este contexto, se realizó, en 1931, la Primera Conferencia sobre Higiene Rural, por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en Ginebra, Suiza, donde “se subrayó la urgencia de impulsar transformaciones educativas, económicas y sociales para modificar las condiciones de vida, trabajo y salud.”⁵

Objetivos

El objetivo principal del documento es proporcionar una visión histórica general del abordaje de la salud a partir de las ciencias sociales en México, incluyendo su origen, desarrollo y desafíos actuales. Además de analizar las perspectivas teórico-epistemológicas, éticas y políticas de las diversas perspectivas sociosanitarias.

Metodología

Se llevo a cabo una recolección documental basado en minería de datos, a través de diversos repositorios (Redalyc, Dialnet, Scielo y PubMed) y mediante la recuperación de documentos emitidos por instituciones gubernamentales. La búsqueda estuvo determinada por diversas palabras clave: Medicina Social, Salud Colectiva, Sociología de la Salud, Ciencias Sociales, Determinación Social de la Salud. Así mismo se realizaron los análisis reflexivos (no experimental) de dichos documentos de carácter sociohistórico, teórico epistemológico en materia sanitaria, sociopolítica y de bioética. La perspectiva de la investigación que se presenta es de carácter cuantitativo, retrospectivo y transversal.

Resultados

Evolución histórica y corrientes teórica

Medicina social en México

Tras la Primera Conferencia sobre Higiene Rural, en 1931, se comenzaron a realizar congresos en diversas partes del mundo impulsando la propuesta de la Medicina Social, y México no fue la excepción. Así, en este contexto, en el pensamiento de algunos médicos como Alfonso Pruneda, Miguel E. Bustamante, Enrique Arreguín y Miguel Othón de Mendizábal, se reconoce la importancia de esta perspectiva sanitaria emergente. Al respecto, mediante la publicación “La higiene y la medici-

na sociales”, en la *Gaceta Médica de México* (1933) ya se consideraba que “la enfermedad era un fenómeno colectivo anclado en procesos económicos, políticos, sociales y culturales, y que por tanto era urgente impulsar una nueva forma de ejercer la medicina” (p.764),⁵ y que el objeto de la medicina social es “la resolución de los males que se derivan exclusiva o fundamentalmente de las condiciones sociales”. Además, de reconocer el carácter eminentemente social de la profesión médica, sea por el trato con la pobreza y la desgracia. De esta manera, “contribuirían al mejoramiento social y, por tanto, médico, de la nación” (p. 765).⁵

Para la siguiente década, en 1940, el Dr. José Siurob, Jefe del Departamento de Salubridad Pública, publicó el libro *La medicina social en México*, destacando el impacto sanitario que conlleva la correlación entre los servicios curativos, los preventivos y el apoyo comunitario.⁶ Posteriormente, en 1941, el Dr. Carlos Jiménez en su artículo “A propósito de la medicina social” señaló que: “para poder comprender el alcance que tiene el concepto de medicina social, es preciso hacer consideraciones sobre la estructura de la sociedad en su integración y funcionamiento” (p. 228).⁷ De esa misma manera, el Dr. Arturo González Aval, profesor de salud pública, apuntó que la “medicina social estudia las enfermedades somáticas y mentales en sus relaciones de causa efecto con los problemas sociales, así como las medidas para corregir esas correlaciones en lo individual” (p.257).⁸ Cabe señalar que esta situación reiteraba la lucha contra el positivismo que se había adoptado en México durante el porfiriato, así como la construcción de un Estado Benefactor durante el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas.⁵

Sociología de la Salud Pública

Años más tarde, en 1948, ya con el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su acercamiento hacia las teorías causalistas, la atención a la salud tuvo una influencia mayoritariamente biológica y médica, así como individualizada, por consecuencia la perspectiva social fue menguando su presencia en los enfoques sanitarios,⁸ pese al carácter social contenido en la definición de salud determinado por la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁹

Por su parte las teorías multicausales integraron la dimensión social a los clásicos factores de riesgo con el fin de estudiar con integralidad el proceso salud enfermedad. Sin embargo, las teorías multicausales inscritas en la epidemiología moderna derivaron de modificaciones hechas al modelo epidemiológico clásico, al cual se integraron un agregado de aspectos sociales. Entre las principales propuestas multicausales, se encontraron los modelos de Lalonde (1974), de Whitehead (1992), y de Marmot (2003), mismos que sirvieron para la construcción de la epidemiología social, y el modelo de los determinantes sociales de la salud; perspectiva adoptada por la OMS y usada como marco de referencia en materia de políticas sanitarias y de investigaciones en salud para los países adscritos a dicho organismo.¹⁰ Sin embargo, esta perspectiva no logró desmarcarse de una visión biologicista, funcionalista, causalista, y centrada en la teoría del riesgo, además de ser profundamente remedial, es decir, enfocada en la enfermedad y en la medicalización.¹¹

Por otro lado, este nuevo alcance fue favorecido por los aportes de la sociología estructural-funcionalista que comenzó a predominar en la medicina a partir de la década de 1950. Lamentablemente, la Salud Pública ha heredado esta visión (evolucionista y positivista) en la que la sociedad es vista como una suma de individuos⁸ y la enfermedad una anomalía que debe remediarse¹² o como disfunción del sistema. De acuerdo con Menéndez (2020), al margen de estas bases se crearon programas académicos y sistemas de atención médica, privilegiando las acciones curativas e individualizadas, el uso de alta tecnología y la medicalización de prácticamente todos los padecimientos: “con la creciente sofisticación de la medicina privada, la expansión de los sistemas de seguridad

social y la precariedad de los servicios estatales se dibujaba claramente una estructuración del sistema de salud con servicios diferenciales para cada una de las clases sociales” (p.78).³⁵

Medicina Social Latinoamericana

Durante la década de 1950 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a desarrollar programas llamados medicina preventiva y social, que fueron seminarios sobre ciencias sociales y de la conducta, a fin de vincular las ciencias sociales a la salud.¹⁴ Sin embargo, la incorporación de las ciencias sociales en la salud surge de manera más intensa en la década de 1960, pero no al margen de una medicina preventivista, sino acompañada de una comprometida crítica al modelo biomédico sobre el cual se desarrollaba la formación médica, al modelo de la historia natural de la enfermedad, a la bibliografía funcionalista que dio lugar a la construcción de la sociología médica fundada en Estados Unidos,¹⁵ y a la salud pública desarrollista, que comenzó a entrar en crisis cuando los milagros económicos latinoamericanos, incluido el mexicano, no mejoraron las condiciones de vida y de salud de la población, sino al contrario, los problemas sanitarios no solo no disminuyeron, sino que se agudizaron. Por ejemplo, en países como México, Venezuela y Brasil aumentó la mortalidad infantil, mientras que la carga de ciertas enfermedades comenzaba a tener importancia, principalmente las enfermedades crónico-degenerativas.

Efectivamente había cambios en el perfil de morbi-mortalidad, pero no en el sentido esperado de un mejoramiento sensible, sino con la conformación de una problemática de salud colectiva que abarcaba lo peor de “dos mundos” con una mezcla de la patología de la “pobreza” y de la “riqueza”. Simultáneamente resultaba cada día más visible la gran desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, que hacía imposible soslayar el carácter de clase de la problemática de salud. (35, p.1)

Posteriormente, durante la década de 1970, se dieron ya de diversos eventos latinoamericanos de ciencias sociales en el área de la salud, en la que una generalizada insatisfacción sobre los alcances del modelo hegemónico, incluyendo su carácter teórico y metodológico, que llevó a plantear la definición de dos horizontes que podrían tener las ciencias sociales en el campo de la salud: limitar su quehacer científico a contribuir con mejoras en el campo de la labor médica, o redimensionar el abordaje de la problemática sanitaria y replantear las perspectivas de análisis de los procesos de salud en el contexto de países subdesarrollados.¹³ Evidentemente, esta discusión y todas las críticas acumuladas hasta entonces sentaron las bases para marcar un nuevo periodo en esta área de conocimiento. Si en la fase anterior había la presencia sobresaliente de autores como Parsons, Goffman, Bloom, Mechanic, a partir del 70 aparecen como consultas obligatorias Polack, Berlinger, Rosen, Freidson, Bordieu y para los estudios epistemológicos Canguilhem, Bachelard, Foucault, Fichant y Pecheux. Son hechas relecturas de *El Capital* y del clásico de Engels: *La situación de la clase obrera en Inglaterra*; buscando incorporar en los análisis el materialismo histórico y dialéctico, también retomado muchas veces a través de sus críticos, como Kosik, Lukács, Althusser, Poulanzas, Gramsci. La utilización de la Escuela crítica de Frankfurt irá ocurrir a partir de la segunda mitad de los años 80.¹⁷

A partir de este nuevo periodo, el enfoque del materialismo histórico fue el enfoque con mayor relevancia en el área de la salud, y bajo esa perspectiva fue que nacieron los primeros cursos de postgrado en medicina social, en Brasil (Río de Janeiro) y México (Xochimilco)^{18,19} con el impulso de diversos médicos comprometidos con el carácter social de la salud desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre los que destacan Juan Cesar García y Hugo Mercer, quien diseño y operó inicialmente el programa de la maestría en México. Por otra parte,

la integración de intelectuales como Bolívar Echeverría, permitió la elaboración del modelo epistemológico y el de Cristina Laurell, el desarrollo conceptual.¹⁸

Con el nacimiento de la Maestría en Medicina Social en México, se fundó la *Revista Salud Problema* (1978), en la cual se abordaron desde su primera publicación temas sobre política, trabajo, formación profesional en salud, género, población, salud mental, fármacos y nutrición, así como problemas teóricos, metodológicos y epidemiológicos desde la perspectiva de la naciente maestría.⁸ En el primer número de la revista, Laurell (1978) señala, en su artículo “Investigación en sociología médica”, la relevancia del abordaje sociológico en el contexto de la práctica como del saber médico, no obstante, cuestiona la capacidad explicativa y las limitaciones que derivan del enfoque funcionalista para contribuir al campo de la salud. En ese sentido, el estudio de la salud, señaló la autora, “no nos ubica en cualquier corriente del pensamiento sociológico, sino en la del materialismo histórico” (p.5).³⁵ Así, sobre este posicionamiento, señaló que si bien el factor social figura en el modelo causalista adoptado por la OMS, este sigue siendo concebido como un factor más, sujeto a las probabilidades individuales de exposición, limitando así, no solo la comprensión del carácter social del propio proceso biológico, sino también evitando problematizar la probabilidad de exposición a dichos riesgos, sin advertir que el proceso salud enfermedad “no sólo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo” (p.3).¹⁵ Así, con respecto al vínculo entre los procesos sociales y los biológicos, señala:

Esta interrelación no puede ser reducida a constelaciones particulares de “factores de riesgo”, sino que tiene que ser pensada en función del contenido de los procesos sociales que transforma los procesos biológicos de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo. (15, p.3)

Por su parte, la propuesta del concepto, proceso salud enfermedad, así como su desarrollo, por parte de Laurel y Mercer, permitió, “ubicar a la salud como un fenómeno social, histórico y colectivo que, en última instancia, se expresa en cada sujeto y grupo poblacional según su lugar en el proceso productivo y las relaciones sociales de producción” (p.89).¹⁸ Mientras que las categorías de análisis recuperadas de la economía política fueron: “clase social”, “reproducción social” y “proceso de trabajo” desde el enfoque del materialismo histórico. Además de agregar conceptos de frecuente uso, como desgaste, reproducción, perfil epidemiológico de clase, saber médico y modelo médico hegemónico, recuperado este último de las contribuciones de Eduardo Menéndez a la antropología médica.^{15,18}

Cabe señalar la relevancia que tuvo la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana en el marco de la naciente adopción del modelo neoliberal en el México de la década de 1980, el cual trajo consigo una serie de reformas estructurales que fueron concretándose hasta la década de 1990, e impactando gravemente la política social, incluyendo la transformación neoliberal de las políticas sanitarias (reformas de segunda generación). Ante estos procesos de neoliberalización, el activismo académico, desde la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana, se desarrolló al margen de la defensa del derecho a la salud, la obligación del Estado de garantizar este derecho y la necesidad de crear un sistema único de salud de la cobertura universal.^{20,21}

Salud Colectiva: Epidemiología Crítica

En torno al desarrollo de la Maestría en Medicina Social en la UAM Xochimilco, surgieron nuevas formas de pensamiento que enriquecieron el estudio de la salud desde una perspectiva social. Entre ellos destaca la propuesta por el ecuatoriano Jaime Breilh quien realizó su posgrado en dicha maestría, su abordaje de la salud derivó en la construcción de la Epidemiología Crítica, perspectiva fundamentada en la medicina social, para comprender el proceso salud enfer-

medad-atención-cuidado-muerte, y compartiendo el compromiso de los derechos humanos, además de vincularse con otros saberes.²²

La Epidemiología Crítica, que explica los procesos de salud a través de análisis de la Determinación Social de la Salud y es ejercida por la Salud Colectiva, que a decir de Jaime Breilh, el término salud colectiva fue acuñado por los brasileños, por razones discursivas, es decir, quisieron omitir el sino de médico e individual, así el término discursivo ilustraba una perspectiva con mayor carácter social, pero manteniendo y compartiendo el mismo compromiso de la Medicina Social Latinoamericana, sin embargo, aunque coincidiendo con una base teórica (materialismo histórico), también integraron una perspectiva compleja y multicultural, y -categorías distintas en su análisis.²³

La propuesta de la Epidemiología Crítica, nace de las contribuciones de la Medicina Social Latinoamericana y como una crítica a la Epidemiología Social, la cual se ha venido ejerciendo por la Salud Pública mediante el análisis de los factores de riesgo como realidades fragmentadas (observables) a partir del causalismo, y sobre las que se actúa de manera individual (con medios remediales), así como otras críticas a las maneras de explicar los procesos de salud enfermedad a partir de la concepción de “equilibrio entre huésped y ambiente” bajo la lógica funcionalista de Talcott Parsons.²³ En contraste, la Epidemiología Crítica propone en su análisis de la salud la sustitución del causalismo por la determinación social, entendida como modo de devenir (como la manera de darse, como un proceso), además de superar la visión empírica de la salud (lo observable) por una concepción dinámica (sociohistórica y cambiante). Adicionalmente, la propuesta integra la idea de subsunción (general, particular y singular) en la que se encuentran inscritos los factores de riesgo, es decir, no se niega el causalismo, pero se reconoce que los factores de riesgo y procesos de salud de los individuos (singular) atienden a la lógica en la que se desarrolla el grupo social al que pertenecen (particular), y este a las relaciones impuestas por las estructuras económicas y políticas que los rige (general). En este marco, se desarrollan las contradicciones sociales derivadas de las relaciones de poder existentes entre los diversos grupos que van configurando las diferentes formas de producir y consumir encarnadas a las formas culturales, mismas que diversifican las condiciones sociales de vida y la desigual distribución de exposición a riesgos sanitarios en cada grupo social.^{23,11}

Hasta este punto, las principales desigualdades sociales, y por tanto en salud, se dan en primera instancia en términos de clase social, en segundo lugar, en términos de género y en tercer lugar en términos de etnia. Con todo esto, la Epidemiología Crítica propone tres categorías de análisis para los procesos salud enfermedad: la Determinación Social como primera categoría, relacionada al movimiento del sistema capitalista, mediante la Reproducción Social como segunda categoría, a través de la cual se expresa la esencia malsana de sistema capitalista, inscrita en la tercera categoría; Metabolismo Sociedad-Naturaleza.²³

La relevancia de esta propuesta se ha ido ubicando progresivamente en el centro del debate, y a medida que ha ido ganando terreno en el contexto latinoamericano se ha ido nutriendo con aportaciones en función de la construcción de un concepto de salud en su dimensión social y desde una perspectiva, compleja, multidisciplinar y multicultural, además de ir construyendo el objeto de estudio. En ese sentido, se parte del análisis de “la determinación del sistema de acumulación, la lógica matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura” (p.109).¹⁶ Mientras que la determinación social de la salud es abordada como un “proceso histórico (...) y multidimensional que abarca la producción de condiciones de salud y de vida, (...) sometido a su vez a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura” (p.404),²⁴ incluyendo las “dinámicas de acumulación de capital como formas esenciales para entender los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, así como

las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir” (p.797).²⁵ De esta manera, la propuesta rompió con:

- La dimensión biomédica y morbicentrista de la salud
- Visión lineal de causalidad
- Se supera la concepción funcionalista de los factores de riesgo
- La manera remedial de corregir los problemas en salud
- Se rompe con la concepción del equilibrio entre agente, huésped y ambiente para explicar el proceso de historia natural de la enfermedad

De acuerdo con Jarillo (2018), la relevancia de esta revitalización del estudio de la salud desde las ciencias sociales, especialmente desde una sociología crítica y constructivista como es el marxismo, dio paso a la creación de un doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, en 2003, misma que tuvo como base los núcleos académicos de la Maestría en Medicina Social que para entonces ya contaba con 25 años de historia. En dicho doctorado la determinación continúa siendo el pilar del quehacer explicativo e interpretativo de los procesos de salud - enfermedad, así como de las políticas y de las prácticas en salud colectiva. Por su parte las líneas de investigación que se manejan en el doctorado son dos. La primera es, Distribución y Determinantes de la salud-enfermedad, el cual se aborda de la siguiente manera:

el proceso de determinación social de la salud, su expresión concreta en determinantes sociales de los perfiles de enfermedad y muerte de las poblaciones; así como las desigualdades sociales y sanitarias que producen inequidades en salud y que se expresan en distribuciones diferenciadas en diversos indicadores de daño.²⁶

La segunda línea es, Políticas y Prácticas en Salud, en la que aborda: “la respuesta social organizada para contender con los daños a la salud a través de sistemas institucionalizados y/o prácticas domésticas, alternativas y de autoatención. Además, otras dos temáticas de reciente desarrollo son ética de la Salud Colectiva y violencia y salud” (p.35).²⁶

Por su parte el año de la creación de dicho posgrado coincide con la tercera generación de reformas a la salud, a través de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud política sanitaria nacional (tras la prueba piloto Seguro Popular). Este hecho responde a la culminación de las transformaciones neoliberales en salud que se impulsaron en la década de 1980 y 1990, como fue la implementación de un reducido “Paquete Básico de Servicios de Salud” (PB) para la población abierta,¹⁰ “bajo el principio del peso de la enfermedad y costo-efectividad” (p.14),⁵ la integración formal de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como prestadoras de servicios de salud “en sus propias instalaciones y con sus propios recursos a cambio de un pago”,²⁷ así como la culminación de la transición del papel del Estado; de otorgador de servicios médicos al de financiador.²⁸

Sociología de la Salud

Ante los retos actuales del análisis del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, surge la Maestría en Sociología de la Salud, en 2012, en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX), la cual se imparte conjuntamente en el Centro Universitario Amecameca y Nezahualcóyotl. Desde su creación, los enfoques de investigación abordados coincidieron con el desarrollo del pensamiento que se había venido acumulando, especialmente en el seno de la Medicina Social Latinoamericana y en Salud Colectiva.²⁹ Al respecto, un grupo de egresados del Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva han tenido un

papel relevante como parte de la plantilla de profesores, y como destacados promotores de la investigación en el área de conocimiento de la Maestría en Sociología de la Salud.

Por su parte, las líneas de investigación de este programa de maestría se han ido redimensionando a través de sus diversas generaciones. En la primera promoción (2012) se plantearon dos abordajes: Problemas Sociales y Administración de la Salud y, por otro lado, Género, Desarrollo Sustentable y Salud. Sin embargo, las investigaciones de las generaciones que se han integrado al programa han retroalimentado y actualizado las líneas de investigación, permitiendo ampliar la complejidad y articular la investigación en salud a otras temáticas emergentes. De esta manera, diez años después, las líneas de investigación que se desarrollan son las siguientes: a) Género, Ambiente, Educación y Salud, b) Política y Administración de la Salud, y c) Biosociología, salud y sociedad.

Entre los temas inscritos en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, que se han desarrollado en el programa de maestría, destacan los vínculos con diversas temáticas, como: arte, violencia, seguridad alimentaria, pobreza, política sanitaria, enfermedades crónicas, desarrollo sustentable, herbolaria, representaciones sociales, atención a la salud y modelo médico hegemónico, desde perspectivas diversas, como determinación social de la salud, determinantes sociales de la salud, multiculturalidad, teoría crítica y pensamiento complejo.²⁹

Por otro lado, destaca el intenso trabajo que se ha realizado desde la academia en materia de la investigación, y divulgación de la Sociología de la Salud, así como en la creación de otros programas vinculados al estudio de la salud desde abordajes sociales. En ese sentido, la creación de la Red de Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC) desde 2015, presidida por el Dr. Donovan Casas Patiño, ha permitido llevar a cabo la organización de 9 congresos internacionales con sede en México: tres congresos anuales en Salud Colectiva, tres congresos en Sociología de la Salud, y tres congresos más en Salud Intercultural, respectivamente, desde 2020, con audiencia en 5 continentes. Cabe resaltar que, por su carácter internacional, ha sido posible difundir en cada uno de los congresos el trabajo y las líneas de investigación que se desarrollan en México, principalmente, en la Maestría de Sociología de la Salud. Así mismo, la gestión de dichos congresos ha permitido generar redes de investigación que contribuyan al área de conocimiento de la Sociología de la Salud mediante la integración en la organización, en la participación en mesas de trabajo, y en la presentación de ponencias magistrales, a investigadores de diversas asociaciones e instituciones nacionales e internacionales, especialmente de América Latina: Argentina, Perú, Guatemala, Brasil, Chile, Venezuela, entre otros.³⁰

Discusión y conclusiones

Con base en este recorrido es posible afirmar que aunque la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva comparten algunos objetivos y enfoques con la Sociología de la Salud, son disciplinas distintas con tradiciones y enfoques propios; la Medicina Social Latinoamericana se enfoca en el estudio de los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la salud y la atención médica de las personas, y busca mejorar la salud de las poblaciones mediante la identificación y el abordaje de las desigualdades sociales en la atención médica.⁸ Por su parte, la salud colectiva, se enfoca en la salud como un fenómeno colectivo, en lugar de individual, y busca mejorar la salud de las poblaciones mediante la promoción de la participación comunitaria y la construcción de sistemas de atención sanitaria más equitativos y sostenibles.²⁶ Así mismo, la Sociología de la Salud se enfoca en el estudio de los procesos sociales y culturales que influyen en la salud y la atención médica de las personas, busca entender cómo las estructuras sociales y culturales moldean la salud y la enfermedad.²⁶

Sin embargo, a pesar dichas diferencias, se comparte un abordaje de la salud como un fenómeno social, y enfatizan la importancia de considerar los factores sociales, culturales y políticos que influyen en la salud de las personas y las poblaciones. También comparten un interés por la equidad y la justicia en la atención médica, y buscan abordar las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud, además de fomentar la participación de la comunidad en torno a la promoción de la salud y estilos de vida saludables, enfatizando la importancia en las formas de determinación social de la salud, tales como la pobreza, la educación, la vivienda, los estilos de vida, entre otros.

Por otro lado, se reconoce que después de casi medio siglo del nacimiento de la Medicina Social Latinoamericana, y a 90 años de las primeras discusiones en México sobre el carácter social de la salud, no ha sido posible lograr la superación de una visión biologicista, ni sustituir el carácter morbicentrista inscrito en el modelo hegemónico de atención a la salud en las políticas sociales, especialmente en materia sanitaria. Sin embargo, el presente recorrido también permite reconocer el progreso que ha tenido el abordaje de la salud desde una perspectiva sociológica, que debe su creciente presencia en los debates sanitarios, no solo al activismo y difusión de la propuesta, sino también al progreso teórico, metodológico y epistémico. En ese contexto, cabe rescatar tres aspectos considerados como los más relevantes en el proceso de construcción del estudio de la salud en México, así como reconocer sus desafíos.

El primer aspecto es que, pese a que desde la sociología clásica hasta la sociología contemporánea hubieron aportaciones a la salud, sin embargo, la sociología de la salud se constituyó a partir de los planteamientos de Virchow, no solo porque se reconoce el carácter social inscrito en la salud, sino porque los elementos de análisis que en sus planteamientos señalaba atender eran aspectos sociales, políticos, económicos y culturales, inscritos en la salud,^{5,8} es decir, objetos de estudio propiamente de la Sociología. Por su parte, dicha postura abrió en México planteamientos durante la década de 1930 y 1940, que además llevaron a reconocer, en los procesos de salud, la relevancia de las estructuras sociales y su funcionamiento³² así como el carácter preponderantemente social de la profesión médica.⁵ Posteriormente, en la década de 1970, las categorías de análisis y la adopción del materialismo histórico por la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva le dieron al abordaje sanitario un carácter esencialmente sociológico.¹⁵ Con todo esto, se reconoce que todas las posturas señaladas se encuentran inscritas en un cumulo de ciencias sociales de la salud.

El segundo punto destaca la relevancia de la sustitución del enfoque funcionalista por el materialismo histórico en el estudio de los procesos de salud enfermedad, pues, no basta abordar la salud desde las ciencias sociales cuando los enfoques analíticos y explicativos son contrastantes. En ese sentido, el funcionalismo analiza y explica los procesos de salud desde una visión causalista, empirista y remedial (morbicentrista) donde la exposición desigual a factores de riesgos se da en un entorno social aparentemente sin conflictividad. En contraste, el materialismo histórico, reconoce que la salud de los individuos esta subsumida a una lógica social determinada sociohistóricamente por las relaciones de poder, las cuales condiciona los estilos de vida de los grupos sociales y reproducen la diversificación y distribución desigual de las cargas de morbimortalidad en términos de clase social, género y etnia.²³

Así, con base a dichas contradicciones, una Sociología de la Salud basada en el funcionalismo ofrece limitados alcances explicativos, además de relegarla a un papel secundario, con funciones meramente instrumentales y enfocadas simplemente a mejorar la integralidad del desempeño del quehacer propiamente médico.³⁵ A diferencia de ello, una sociología basada en el materialismo histórico, por su comprensión explicativa, permite ampliar la comprensión de los problemas de salud, más allá de la labor exclusivamente médica, en el que se encontraban (y aún se encuentran) inscritas las desigualdades sociales que caracterizan el subdesarrollo de la mayor parte de los países latinoamericanos,

incluyendo a México.³³ De esta manera, la transición del funcionalismo al marxismo integra un carácter de transformación y emancipación social, a fin de construir una sociedad “sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura”.²³

El tercer aspecto a considerar es el carácter político, el apego a los derechos humanos y el compromiso social inscrito en la sociología de la salud. Para ello, hay que recordar que en la década del surgimiento de la Medicina Social Latinoamericana, México era el corazón del exilio de Sudamérica tras las diversas dictaduras en la región, especialmente de intelectuales de escuelas críticas, situación que aperturó un escenario sumamente favorable para las ciencias sociales, sin embargo, es también de vital importancia considerar el surgimiento de los diversos movimientos sociales, desde el obrero hasta el estudiantil, que evidenciaron las problemáticas sociales y políticas, lo que permitió impulsar el resurgimiento de las críticas hechas desde décadas anteriores al modelo biomédico, pero ya desde un enfoque constructivista, posicionando a las ciencias sociales de nuevo en el centro del debate sanitario. De esta manera, el impulso colectivo a los cuestionamientos, y la necesidad de un replanteamiento teórico metodológico, reitera el compromiso político y social, así como una necesaria mirada desde el interés popular en las ciencias sociales enfocadas a la salud.^{33,18} Al respecto Duarte establece que las ciencias sociales dentro del campo de la salud no solo adoptan un carácter crítico, sino también actuante, críticas, sobre todo a partir de las décadas de 1960-1970, cuando la sociología de la salud y la antropología médica comienzan a dar lugar a corrientes estructuralistas/marxistas y “actuantes”, por cuanto se proponen como una forma de denunciar y criticar el biologicismo en la enseñanza de la medicina. Este replanteo coincide con un momento de emergencia de movimientos sociales en clave revolucionaria en la región, que dio un rasgo particular a la relación entre ciencias sociales y salud.¹⁵

Con todo esto y una vez habiendo ya construido una alteridad epistemológica capaz de replantear los procesos de salud desde una perspectiva sociológica, es importante reconocer los desafíos y la vigencia de los procesos sociales e históricos, determinados esencialmente por las estructuras económicas, pero también políticas. Por lo que destaca la importancia de una activa participación política en las relaciones de poder, ya que es esencial para identificar el sentido de los procesos de transformación social y poder actuar sobre ellos.¹¹ En ese sentido, la relevancia de la existencia de propuestas académicas como la Maestría en Medicina Social, el Doctorado de Ciencias en Salud Colectiva, así como la Maestría en Sociología de la Salud representan una formación de profesionales con un compromiso social y político orientado a los derechos humanos. Así mismo, el que dichos profesionales participen en las decisiones políticas representa un logro en función de los alcances que puede tener esta visión del mundo, orientados a los procesos de transformación en la distribución de las formas de determinación social de la salud, como ha sido el caso de la Dra. en Ciencias de la Salud Colectiva, Oliva López Arellano, quien actualmente es la Secretaria de Salud en la Ciudad de México.³⁴

Finalmente, los desafíos de la sociología de la salud se concentran en la persistencia de una continua divulgación de esta área de conocimiento, en la formación de profesionales con esta orientación teórica, la participación de los pacientes en la atención médica, la formación de profesionales de la salud y la evaluación de los sistemas y programas de atención a la salud desde una perspectiva social y crítica, además de una activa la participación en las decisiones políticas que incidan en la transformación y emancipación social.

Financiamiento

Los autores declaran que no recibieron financiamiento de ninguna fuente.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con esta investigación.

Referencias

1. Fajardo, G. Historia y filosofía de la medicina. La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI? Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2004; 47 (6): 256-257. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046h.pdf>
2. Carter, E. Una discusión sobre el vínculo entre Salvador Allende, Max Westenhöfer y Rudolf Virchow: aportes a la historia de la medicina social chilena e internacional. Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos [Internet]. 2020; 27 (3): 899-917. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/wJ9yxcDsFzz-bZhz7FTMkmbk/?lang=es#>
3. Escudero, J. Desnutrición en América Latina, su magnitud (una primera aproximación). Revista Mexicana De Ciencias Políticas Y Sociales [Internet]. 1976; 22 (84): 83-130. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rm-cpys/issue/view/5915>
4. Cortes, C. La investigación social en salud: un punto de encuentro para las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2010; 58 (4): 259-262. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v58n4/v58n4a01.pdf>
5. Agostoni, C. Médicos rurales y medicina social en México posrevolucionario, 1920-1940. Historia Mexicana [Internet]. 2013; 63 (2): 745-801. Disponible en: <https://ru.historicas.unam.mx/handle/20.500.12525/320>
6. Fajardo, G. La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI? Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2004; 47 (6): 256-257. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046h.pdf>
7. Jiménez, C. A propósito de la medicina social. Gaceta Médica Mexicana [Internet]. 1941; 1 (1): 228-235. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1941%20v71%20n2%20%5B228-235%5D.pdf
8. Granados, J. Temas médico-sociales en México. La maestría en Medicina Social y la revista Salud Problema. Perfiles Educativos [Internet]. 2006; 27 (113): 129-141. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v28n113/n113a7.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). ¿Cómo define la OMS la salud? Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1948. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BF-C%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>
10. Contreras, G., Tetelboin, C. El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el Estado de México. Revista Política de Salud [Internet]. 2011; 10 (21): 10-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a02.pdf>
11. Morales, C; Borde, E; Eslava, J; Concha, S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. Salud Pública [Internet]. 2013; 15 (6): 797-808. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
12. Canguilhem, G. Lo normal y lo patológico. Siglo Veintiuno Editores, Argentina [Internet]. 1984; 15 (1): 1-235. Disponible en: https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/11/canguilhem_georges_lo_normal_y_lo_patologico.pdf
13. Gaete, E; Tapia, I. Ciencias Sociales: una discusión acerca de su enfoque en medicina. Cuadernos Médico-Sociales [Internet]. 1970, 9 (2): 32-37. En Duarte E. (1997). Las ciencias sociales en salud en América Latina: Una historia singular. Espacio Abierto [Internet]. 1997; 6 (2): 215-236. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2289>
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 1974; 7 (1): 1-26. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39028/10078.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Laurell, A. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales [Internet]. 1986; 1 (37): 1-10. Disponible en: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
16. Breilh, J. Las tres "S" de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Internet]. 2010; 3 (1): 87-125. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh%2c%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
17. Duarte, E. Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história. En Pozzio, M. "Armar conocimiento": la experiencia de una asignatura en Ciencias de la Salud. Clío & Asociados [Internet]. 2005; 1 (26): 125-137. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/81441/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. López, S; López, A; Jarillo, E; Tetelboin, C. (2016). Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México. Revista Salud Problema [Internet]. 2016; 10 (20): 85-98. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/495/495>
19. Mercer, H. La maestría medicina social. Salud Problema [Internet]. 1978; 1 (1): 3-4. En López, S; López, A; Jarillo, E; Tetelboin, C. Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México. Revista Salud Problema [Internet]. 2016; 10 (20): 85-98. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/495/495>
20. López-Arellano, O. (1994). La selectividad en la política de salud. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Fundación Friedrich Ebert [Internet]. 1994: 33-60.
21. Jarillo, E. Las políticas de reforma sanitaria y la desaparición del derechohabiente. Política y Cultura [Internet]. 1994; 7 (1): 235-248. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/267/26700714.pdf>
22. González, M. (2014). Epidemiología Crítica. Consideraciones para el Debate. Comunidad y Salud [Internet]. 2014; 12 (1): 1-2. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000100001
23. Breilh, J; Granda, E. Enfermedad y muerte en la era del petróleo. Salud y Trabajo. 1982; 1 (2): 2-29. En Laurell, C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales [Internet]. 1982; 37 (1): 1-10. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina__autora__asa_crsitina_laurell.pdf
24. Casallas, A. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2017; 15 (3): 397-408. Disponible en <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
25. Morales, C; Borde, E; Eslava, J; Concha, S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. Salud Pública [Internet]. 2013 (Consultado el 10 de septiembre 2023); 15(6):797-808. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
26. Jarillo, E. Salud Colectiva en México: Quince años del Doctorado en la UAM. Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]. 2018; 10 (2): 203-222. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/344243926>
27. Leal, G. Discutiendo las instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]. 2004; 15 (1): 1-115. (Consultado el 2 de enero 2023). Disponible en <https://www.worldcat.org/title/discutiendo-las-instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises/oclc/60717868>

28. Secretaría de salud (SSA). Ley General de Salud (LGS). Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2003. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
29. Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex). Maestría en sociología de la Salud. Primera promoción (octubre 2012- Julio 2014). Universidad Autónoma del Estado de México [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.rniu.buap.mx/infoRNIU/jul12/3/cur_uaem_mss.pdf
30. REDSACSIC. Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. [Internet]. 2023; Disponible en: <https://redsacsic.org/>
31. Hernández, A. con vocación de fundadora, entrevista a la dra. Georgina Contreras Landgrave. Revista Identidad universitaria [Internet]. 2021; 19 (1): 2-18. Disponible en http://web.uaemex.mx/identidad/docs/cronicas/2021/TOMO_XIX/17.%20Con%20vocacio%20de%20fundadora%20entrevista%20a%20la%20Dra.%20Georgina%20Contreras%20Landgrave.pdf
32. López-Arellano, O. La selectividad en la política de salud. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Fundación Friedrich Ebert [Internet] 1994: 33-60.
33. Duarte, E. Las ciencias sociales en salud en América Latina: Una historia singular. Espacio Abierto [Internet]. 1997 (Consultado el 1 de septiembre 2023); 6(2):215-236. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2289>
34. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Sitio de Información Académica Xochimilco. López Arellano, Oliva. Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]. 2023. Disponible en: https://sia.xoc.uam.mx/sia/profesor_investigador/resp.php?index=13387
35. Laurell, A. Investigación en Sociología Medica. Revista Salud Problema [Internet]. 1978; 1 (1): 5-9. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/25/25>