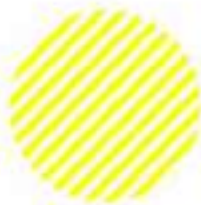


CAPÍTULO 12

Breve introducción a la epidemiología crítica como alternativa y complemento a los modelos tradicionales en la salud pública

Edison Paul Miño-Armijos



BREVE INTRODUCCIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA COMO ALTERNATIVA Y COMPLEMENTO A LOS MODELOS TRADICIONALES EN LA SALUD PÚBLICA

BRIEF INTRODUCTION TO CRITICAL EPIDEMIOLOGY AS AN ALTERNATIVE AND COMPLEMENT TO TRADITIONAL MODELS IN PUBLIC HEALTH

Edison Paul Miño-Armijos
edison.mino@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-1169-5701>
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
Unidad Académica de Posgrado

Cita del capítulo:

Miño-Armijos, E. (2024). Breve introducción a la epidemiología crítica como alternativa y complemento a los modelos tradicionales en la salud pública. En Erazo-Álvarez, J., & Narváez-Zurita, C. (Eds.). Transitar desde los estudios de posgrado en la investigación multidisciplinar científica. Fondo Editorial Perspectivas Globales.

RESUMEN

El trabajo presenta una introducción a los conceptos más importantes de la epidemiología crítica, una corriente surgida en América Latina y centrada en los aspectos sociales y cualitativos de la epidemiología. El objetivo es ampliar la comprensión del proceso salud-enfermedad y contextualizarlo a la realidad sociocultural y económica latinoamericana, sin rechazar con ello las herramientas epidemiológicas tradicionales. En concordancia con la naturaleza del tema expuesto, este trabajo es producto de un análisis cualitativo, a partir de la revisión bibliográfica intencional de las obras los autores más destacados de la epidemiología crítica (Almeida Filho, 2000; Breilh, 2021; Menéndez, 2008; Laurell, 2018, 1989; Krieger, 2011; Donnangelo, 2014; Samaja, 1994); de allí la ausencia de una bibliometría tradicional. El trabajo aborda las nociones de determinación social de la salud, reproducción social, monitoreo crítico participativo, subsunción $\Leftrightarrow$ autonomía relativa y encarnaciones (embodiments), a través de las cuales se perfilan, tanto los objetivos como la metodología que usa la epidemiología crítica.

Palabras clave: Epidemiología, salud pública, epidemiología crítica, América Latina.

ABSTRACT

This work presents an introduction to the most important concepts of Critical Epidemiology, a perspective that emerged in Latin America and focused on the social and qualitative aspects of Epidemiology. The objective is to expand the understanding of the health-disease process and contextualize it to the Latin American sociocultural and economic reality, without rejecting traditional epidemiological tools. In accordance with the nature of the topic presented, this work is the product of a qualitative analysis, based on the intentional bibliographic review of the works of the most prominent authors of Critical Epidemiology (Almeida Filho, 2000; Breilh, 2021; Menéndez, 2008; Laurell, 2018, 1989; Krieger, 2011; Donnangelo, 2014; Samaja, 1994); hence the absence of traditional bibliometrics. The work addresses the notions of Social Determination of Health, Social Reproduction, Critical Participatory Monitoring, Subsumption $\Leftrightarrow$ Relative Autonomy and Embodiments, through which both the objectives and the methodology used by Critical Epidemiology are outlined.

Keywords: Epidemiology, Public Health, Critical Epidemiology, Latin America.

INTRODUCCIÓN

En el campo amplio de la salud pública nos encontramos ante el desafío de hallar la mejor forma de elaborar e implementar unas políticas que beneficien a la mayoría de la población. Como es común, estas políticas se crean a partir de los resultados que arrojan los estudios epidemiológicos, en los cuales se determina qué es un problema de salud pública y sus posibles causas. En este contexto, es de esperarse que los profesionales que se especializan en salud pública estén al tanto de cuáles son los diversos modelos epidemiológicos —y sus diferentes autores— y estén capacitados para implementarlos en la realidad de su trabajo diario (Rothman & Greenland, 1998; MacMahon & Trichopoulos, 1996; Gordis, 2014; Bonita et al., 2008; Lash et al., 2021); sin embargo, es mucho menos esperable que dichos profesionales sostengan una perspectiva más bien crítica sobre dichos modelos y su carácter preponderantemente cuantitativo. Como bien nos dice uno de los textos tradicionales en esta disciplina científica:

La epidemiología en su forma moderna es una disciplina relativamente nueva que usa métodos cuantitativos para estudiar las enfermedades en las poblaciones humanas, de forma que este conocimiento pueda servir de base para medidas y programas de prevención y control. (Bonita et al., 2008, p. 2)

Una perspectiva que se mantiene incluso en las conceptualizaciones más contemporáneas, que dividen el trabajo de la epidemiología en dos momentos —uno descriptivo y otro analítico— donde:

This descriptive epidemiology involves assembling measures of disease occurrence for demographic and geographic subpopulations [y permite] to generate hypotheses about the causes of a disease, whereas analytic epidemiology subjects those hypotheses to more focused and rigorous tests to weed out the tenable from the untenable hypotheses. (Lash et al., 2021, p. 34)

Si bien varios de estos autores, mientras desarrollan sus ideas, hablan de determinantes sociales y culturales de la salud, estos factores acaban por ser meros accesorios contextuales en los análisis finales, ya que su focus está en las herramientas matemáticas y estadísticas con las cuales llegan a entender cómo se pueden propagar las enfermedades y qué medidas pueden tomarse para controlarlas. Es decir, la comprensión misma del fenómeno epidemiológico parte de recursos cuantitativos.

Por otro lado, también es cierto que existen perspectivas epidemiológicas más actuales que colocan en primer plano estos factores socioculturales (Marmot & Wilkinson, 2006), sin embargo, no dejan de ser modelos que están originados y aplicados a la realidad sociocultural del primer mundo, lo cual genera barreras

innegables al momento trasladarlos a nuestros contextos latinoamericanos, esencialmente porque las diferencias entre los llamados “primer” y “tercer” mundos son sociales, económicas y culturales. Además, no deja de ser una perspectiva que incluso poniendo su foco de atención en los determinantes sociales, mantiene una perspectiva estrictamente cuantitativa, como lo señalan sus propios autores:

Throughout this book there are numerous examples of the ways in which aspects of social organization are correlated with measures of health and disease. Here, the aim is to examine some of the evidence for the biological pathways which intervene. (pp. 18-19)

En este contexto, el presente trabajo es un breve acercamiento a la llamada “epidemiología crítica”, a través del desarrollo de sus conceptos más importantes:

- Determinación social de la salud
- Reproducción social
- Monitoreo crítico participativo
- Subsunción $\Leftrightarrow$ autonomía relativa
- Encarnaciones

Si bien para algunos lectores el tema puede resultar desconocido, este trabajo no se detiene en un recorrido histórico sobre la epidemiología crítica ni en su definición más general, para lo cual se recomienda consultar la bibliografía citada. Su objetivo más bien es presentar una alternativa complementaria a las corrientes epidemiológicas más tradicionales, para que los profesionales puedan ampliar su comprensión sobre el proceso salud-enfermedad y la elaboración de políticas públicas en salud, por medio de las categorías específicas que se utilizan en este modelo.

En concordancia con la naturaleza del tema expuesto, este capítulo es producto de un análisis cualitativo, a partir de la revisión bibliográfica intencional de las obras los autores más destacados en el ámbito de la epidemiología crítica (Almeida Filho, 2000; Breilh, 2021; Menéndez, 2008; Laurell, 2018, 1989; Krieger, 2011; Donnangelo, 2014; Samaja, 1994). De allí su estructura tradicional de ensayo y la ausencia de una bibliometría, como suele hallarse en las revisiones sistemáticas cuantitativas.

Vale acotar que este tema es pertinente dada la poca difusión que la epidemiología crítica tiene en nuestro medio y la preponderancia que durante la formación en salud pública tienen los modelos más tradicionales. Además, esta corriente no contradice necesariamente dichas perspectivas, sino que las amplía en dos direcciones que resultan imprescindibles: acercando el trabajo epidemiológico desde un enfoque cualitativo y más centrado en lo social, y contextualizando dicho trabajo en la realidad propia de América Latina.

RESULTADOS

Reproducción y determinación social

Este recorrido comienza por dos categorías que suelen presentarse una como secuencia de la otra. El primer lugar, la “reproducción social”, en la epidemiología crítica, es el movimiento multidimensional de producción y distribución de la vida, base o matriz dialéctica donde el sujeto vivo —colectiva e individualmente— se objetiva en las cosas al producir lo que se ha convenido socialmente como útil para las necesidades igualmente convenidas, y a su vez el consumidor se recrea como sujeto colectivo e individual que accede a dichos valores de uso (Breilh, 2021; Laurell, 1989). A partir de este primer acercamiento, se debe precisar que:

Social reproduction does not only encompass a material core but also simultaneously involves a conscious, historical, cultural creation process; it also entails certain power relations and forms of political organization and, most important, the metabolic relations of society with nature. (Breilh, 2021, p. 106)

En ese sentido, la reproducción social abarca los aspectos materiales e inmateriales que determinan los modos y estilos de vida de poblaciones e individuos. Por otro lado, el mismo autor presenta una definición que quizás amplía lo mencionado hasta ahora:

La categoría *reproducción social* expresa el movimiento en varias dimensiones en que una determinada sociedad realiza una producción que genera, bajo ciertas condiciones históricas, los productos que responden a las necesidades de consumo de sus diferentes grupos sociales, en un marco específico de relaciones de poder. Dicho movimiento de reproducción social no es solo una dinámica económica de producción y consumo, cruzada por una matriz de relaciones de poder, sino que, al realizarse, reproduce también formas de cultura, relaciones políticas y formas de metabolismo con la naturaleza, igualmente atravesadas por relaciones sociales. (Breilh, 2019, pp. 12-13)

Una forma de ilustrar gráficamente el proceso de reproducción social sería el siguiente:

**Figura 1**

La reproducción social y el metabolismo S-N

Nota. Tomado de Breilh (2019, p. 14).

Aunque la **figura 1** incluye el proceso de metabolismo sociedad $\Leftrightarrow$ naturaleza —que explicaremos más adelante— aquí puede verse claramente cómo la reproducción social opera produciendo objetos materiales e inmateriales y distribuyéndolos a través de la familia, el mercado o el Estado. Sin embargo, hay que precisar que también existen productos que nos llegan de la naturaleza directamente y sin la intermediación de estas tres instituciones sociales.

Ahora bien, este proceso de reproducción social se vuelve visible en unos espacios específicos. Estos espacios son cinco y componen todos los lugares donde se desarrolla la vida social de un ser humano:

- Del trabajo
- Del consumo
- De la organización social
- De la cultura y la espiritualidad
- Del metabolismo sociedad $\Leftrightarrow$ naturaleza

Es el movimiento de reproducción social el que genera los productos que luego se distribuyen en estos espacios para ser utilizados por los individuos. Así tenemos, entonces, que la reproducción social es un proceso que se da en la dimensión general (sociedad) de la realidad (figura 2) y que determina los modos

y estilos de vida de individuos y grupos sociales, a partir de los productos que genera para su distribución en los espacios de trabajo, consumo, organización social, producción cultural-espiritual y transformación social-medioambiental.

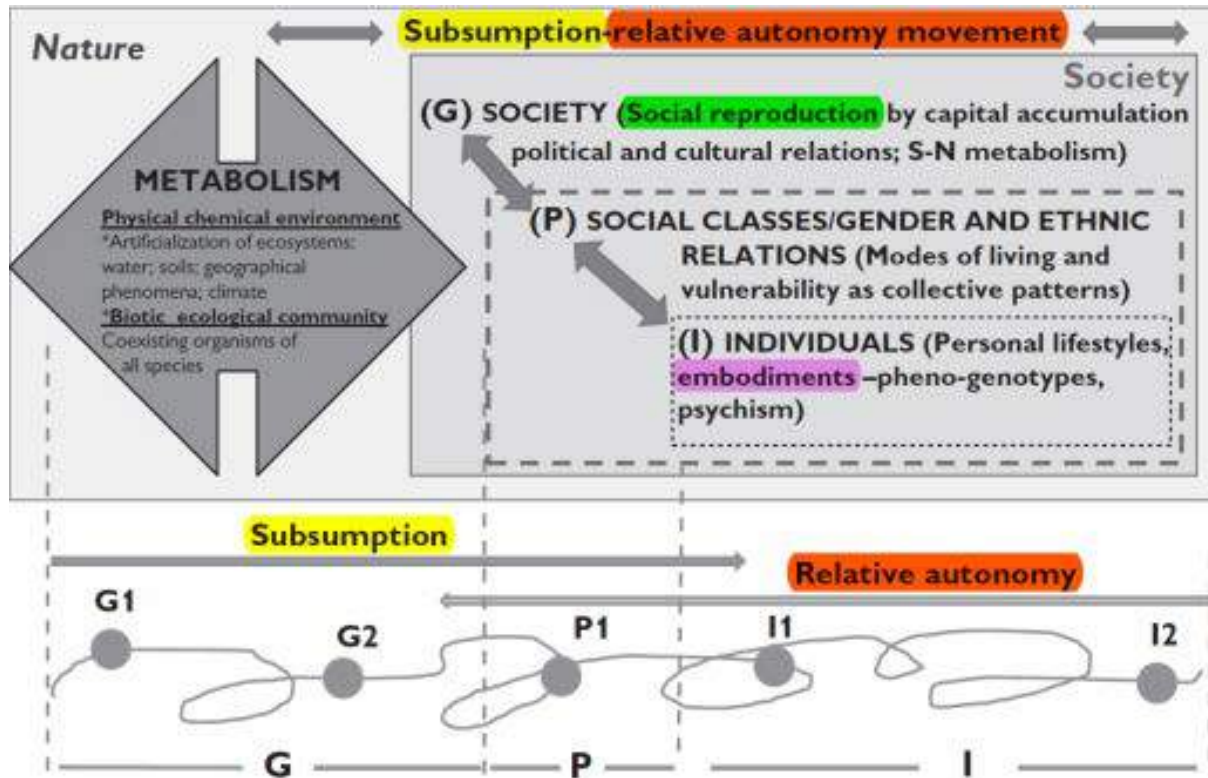


Figura 2
Determinación social de la salud
Nota. Tomado de Breilh (2021, p. 143).

A partir de estas precisiones, podemos decir que la reproducción social se relaciona con la salud y la epidemiología crítica de la siguiente manera:

Si queremos comprender de manera integral e integrada los fenómenos sociales y ambientales para desentrañar los impactos en la salud y en los ecosistemas, tenemos que insertar su movimiento en el de la reproducción social, pues este explica no solamente la relación que existe en cada sociedad entre las formas [y] modos de producir y de consumir, sino la que existe entre dichos modos y las relaciones políticas y culturales que intervienen en la vida social. (Breilh, 2019, p. 13)

Es decir, la salud de una comunidad o un individuo es el resultado de unas relaciones sociales y ambientales específicas (en los cinco espacios a través de sus respectivos objetos materiales e inmateriales), las cuales son dictadas (*power relations*) y reguladas (*forms of political organization*) por el movimiento de

reproducción social. Este movimiento multidimensional es, como decía la primera cita, el gran “productor y distribuidor de vida” (modos y estilos), por tanto, es el que produce y distribuye los procesos de la salud y la enfermedad. En ese sentido, podría decirse que un cuerpo saludable o enfermo es el *embodiment* final en el que se materializa todo el proceso de reproducción social.

Más adelante se verá cómo la reproducción social es la razón para que la salud sea fruto de la determinación social, pero antes es importante preguntarse qué tipo de vida se está produciendo y distribuyendo en la actualidad y cómo esta se relaciona con el proceso salud-enfermedad. Para esto los autores acuden a las nociones de “capitalismo 4.0” y “cuarta revolución industrial” (Schwab, 2016; Breilh, 2019) con las que se designa el tipo de mundo en que hoy vivimos.

Así, el movimiento de reproducción social, en la actualidad, está dirigido por la lógica de la acumulación de capital como único fin de la existencia humana. “Notwithstanding the fact that the mode of social reproduction has changed throughout history, since the initiation of capitalist modernity it has taken the form of capital accumulation” (Breilh, 2021, pp. 105-106). En otras palabras, la humanidad se halla en el modo de reproducción social del capitalismo 4.0, que busca exclusivamente la acumulación de capital a cualquier precio, sin importar que los procesos implementados para lograrlo destruyan no solo la salud, sino a la naturaleza.

Por su lado, la “determinación social” de la salud es la categoría genésica y genérica que sostiene la epidemiología crítica. En sí misma, la determinación social es un condicionamiento sobre cualquier aspecto de la realidad, fruto de la reproducción social de una matriz de pensamiento específica (en este caso: la del capitalismo 4.0). De ahí que, por ejemplo, existan diferentes tipos de determinaciones sociales, i. e.: “Social determination of knowledge”, “social determination of our modes of living, the workplace, and our rights and health”, “social determination of quantifiable evidence” o en términos más generales “social determination of life” (Breilh, 2021, pp. 34, 57, 149, 178).

En otras palabras, fenómenos tan diversos como la salud, la contaminación, el progreso científico, el desarrollo económico, el deporte o la legislación, se hallan determinados por los distintos procesos de desenvolvimiento histórico que vive una sociedad, por ende, no son fenómenos separados e independientes que siguen sus propias reglas organizativas por fuera de las lógicas de la reproducción social, como si se trataran de esferas aisladas y autónoma, sino que son la materialización histórica de dicha reproducción. Así, dado que el capitalismo 4.0 penetra en todos los componentes de la vida humana (salud, educación, ciencia, economía, etc.), entonces, la determinación social de la salud viene siendo un fenómeno multidimensional, que para ser comprendido a cabalidad requiere una intervención crítica, transdisciplinaria e histórica.

Finalmente, al hablar de la determinación social de la salud, estos autores se refieren a un proceso de reproducción social —como el descrito más arriba— que deja en evidencia un sistema universal que genera unos modos y estilos de vida no saludables (Krieger, 2011; Breilh, 2021; Donnangelo, 2014). En ese sentido, no debe confundirse con la propuesta de los determinantes sociales de la salud (Marmot & Wilkinson, 2006), la cual no se propone analizar dicho sistema de reproducción social —el cual genera esos determinantes— y tampoco concibe el trabajo epidemiológico o salubrista como una herramienta para transformar ese sistema.

El modelo de Marmot y Wilkinson, efectivamente, pone en el centro del proceso salud-enfermedad a los factores sociales, lo que significa que por primera vez la epidemiología está más hacia el lado de las humanidades, que hacia el lado de la biología y las matemáticas; sin embargo, el tipo de sociedad que aparece en la obra de Marmot y Wilkinson (2006) es bastante positivista, es decir, en sus capítulos los determinantes sociales son analizados siempre a partir de estudios empíricos —de observación o experimentales—, sin la participación de los involucrados, que es lo que caracteriza a la técnicas cualitativas de la epidemiología crítica (Menéndez, 2008; Laurell, 2018).

Vigilancia versus monitoreo crítico participativo

En el campo de la salud pública, la ética se concentra en el nivel individual, tanto de las obligaciones de los médicos como de las vulneraciones a los pacientes, ambos aislados. Los dos grandes debates éticos en la salud pública tradicional siempre han sido: la mala práctica médica y el acceso del paciente a los servicios de salud. Así: “Our own experience, as well as what we gleaned from our review of the literature, indicates that despite strides made in protecting *individual* rights in research studies, *collective* rights of vulnerable communities seem rarely considered in ethics reviews” (Yassi et al., 2013, p. 92).

Por el contrario, desde la epidemiología crítica, se plantea una visión ética más allá del individuo, ya que la bioética implica un proceso que no se circunscribe a la problemática biomédica en escenarios asistenciales o individuales, sino que se inscribe en un objeto complejo y más amplio, que es la ética de la vida en general y la ética de la salud colectiva (Krieger, 2011; Breilh, 2021; Samaja, 1994). Esta bioética es histórica, crítica y transversal, porque se ocupa de los planos general, particular e individual de la salud. De allí que más bien se hable de una “socio-bio-ética” (Breilh, 2021), que de una forma muy interesante coincide y se complementa con la “antropo-bio-ética” propuesta por Morin (2003, pp. 490-499).

Ahora bien, es con esta concepción del accionar ético que la epidemiología crítica propone el salto de la vigilancia al monitoreo:

Tabla 1
La vigilancia epidemiológica tradicional versus el monitoreo estratégico participativo

Dimension	Conventional Epidemiological Surveillance	Strategic Participative Monitoring
Object	Disease (cases); individual illness expressions; health public care actions	Collective health; critical processes (protective and destructive); respective embodiments
Concepts/theoretical fundamentals	Causality; large-scale public etiologial prevention	Social determination of health (collective and individual); complex thinking—critical epidemiology; strategic planning, social control, and participative accountability
Social subjects	State-centered decision-makers; centralized vertical health intelligence	Public state and social conduction; participative health intelligence bodies; social-community organizations under cooperation with intersectoral public decision-makers
Type of participation	Passive, collaborative “lay reporting”	Participative empowering two-way health intelligence
Information system/organization	Vertical; centralized; inefficient; expensive; limited coverage; centripetal information flow	Strategic political logic focused on the peoples’ interest; three subsystems: critical monitoring, immediate reaction, communication participation

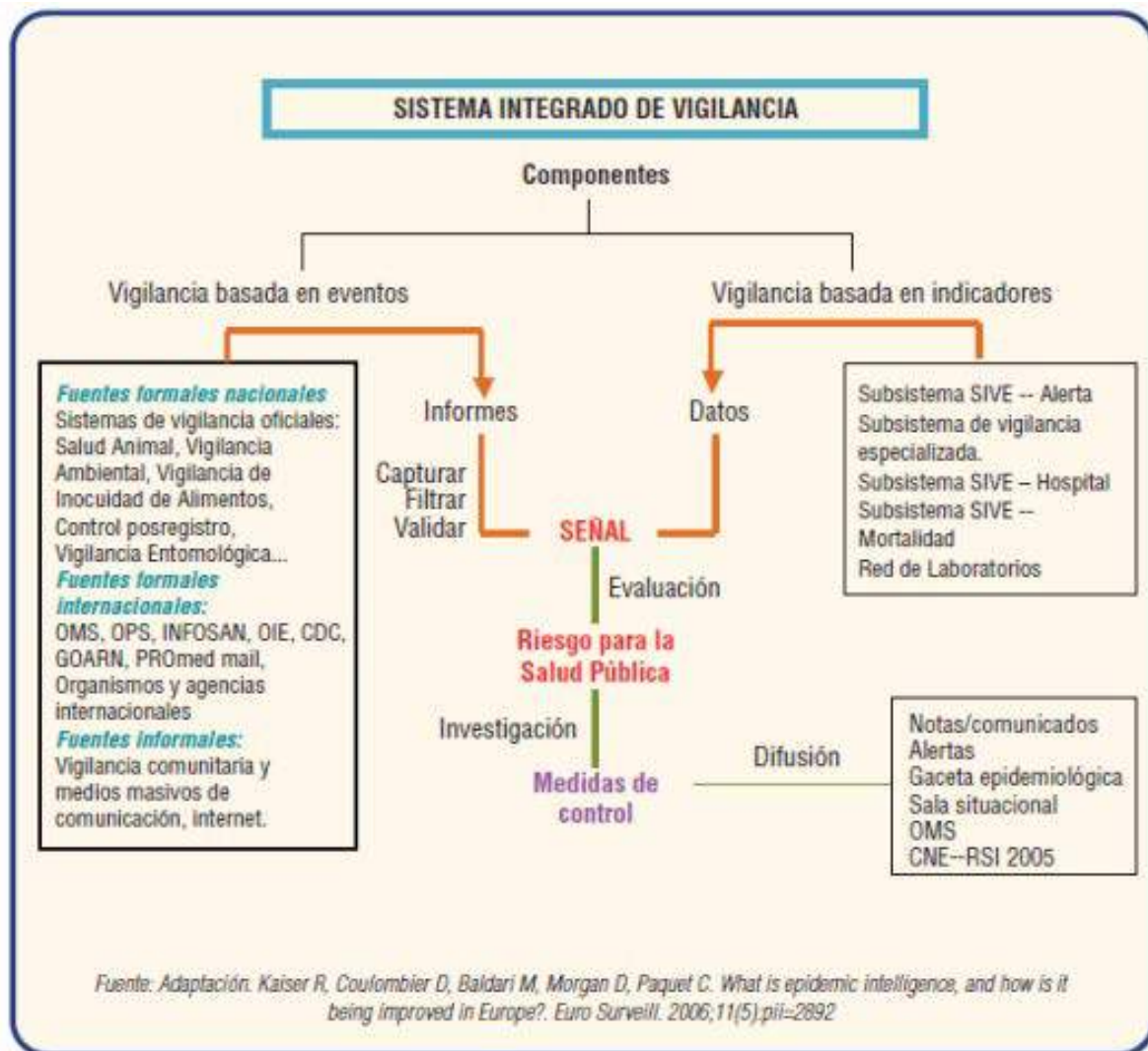
Nota. Tomado de Breilh (2021, p. 208).

Como bien se puede contrastar con el caso ecuatoriano (figura 3), el modelo tradicional de vigilancia epidemiológica es lineal, causal, cerrado sobre sí mismo y no tiene en cuenta ni los intereses ni los conocimientos de las poblaciones sobre las que se ejerce. Además, es un tipo de control universal que no da cabida a la diversidad intercultural de nuestras poblaciones y que las homogeniza y

estandariza, bajo la premisa de que una patología afecta a un cuerpo por igual sin importar las diferencias socioculturales.

Por ejemplo, al comparar la vigilancia tradicional (MSP, 2014) con el monitoreo participativo (Breilh, 2021), en el ámbito del sistema de información que ambos manejan, el primer sistema habla de una “vigilancia basa en indicadores” que se centra en cuatro subsistemas y una “vigilancia basada en eventos” cuya información proviene de fuente formales y fuentes informales (MSP 2014, pp. 27-28); mientras que en el segundo caso se habla de tres sistemas como fuentes: monitoreo crítico, reacción inmediata y participación comunicativa (Breilh, 2021).

Figura 3
Estructura del SIVE



Nota. Tomado de MSP (2014, p. 26).

Algo revelador del modelo de vigilancia tradicional es cuando se toma como “fuentes informales” (MSP, 2014, p. 26) a la vigilancia comunitaria y las equipara con los medios masivos y el internet, es decir, son fuentes de información válida en la medida en que sean verificadas por los organismos oficiales. No se trata de un trabajo conjunto con la comunidad ni de tomar en cuenta sus necesidades o conocimientos, sino todo lo contrario: la vigilancia comunitaria es reducida al mismo nivel que cualquier *fake new* difundida por redes sociales.

Esta forma de manejar la información es exactamente lo contrario de un enfoque intercultural o participativo como propone la epidemiología crítica especialmente si se tiene en cuenta que la misma normativa dispone que en todos los niveles, del nacional al distrital, los equipos de vigilancia estarán a cargo de: epidemiólogos, estadísticos informáticos y asistentes administrativos (MSP, 2014, p. 29). Así, en ningún momento se piensa en incluir la participación de la ciudadanía o de los representantes de los pueblos que conviven en el país (a menos que sean como fuentes de rumores).

En términos más generales, cuando se comparan ambos modelos (figuras 12 y 13), puede verse cómo en la dimensión del objeto solo hay causalidades lineales y jerárquicas basadas en “capturar, filtrar, validar y evaluar”; mientras en la dimensión de los fundamentos conceptuales no se habla de determinación social de la salud, pensamiento crítico, interculturalidad o participación ciudadana, sino de “recolección, análisis, interpretación y diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud” (MSP, 2014, p. 19) para “identificar y analizar los eventos que afectan el estado de salud de las poblaciones” (p. 18).

En cuanto a los sujetos sociales involucrados no se incluyen las organizaciones de la comunidad en cooperación con los especialistas y encargados de tomar las decisiones públicas, sino que el involucramiento de la población es, literalmente, el de un paciente: pasivo. En ese sentido, es de esperarse que haya políticas de salud pública que fracasen ante poblaciones indiferentes porque nunca se vieron incluidas en su planificación o diseño. Para cerrar este apartado, vale recordar ciertas reflexiones de Michel Foucault sobre la medicina:

La medicina clínica no fue producto de un “descubrimiento”. La aparición de una medicina atenta a la observación de los síntomas y signos del enfermo no es un “algo” encontrado por un grupo de sujetos singulares. Para Foucault, existieron unas “reglas” que permitieron la emergencia del saber anatomo-clínico: acontecimientos sociales, políticos y económicos (problemas y formas de problematización) y procesos históricos que anteceden a su aparición [...]. El nacimiento de la clínica ya había anticipado este planteamiento: con la observación y objetivación del enfermo, los seres humanos son individualizados, identificados a partir de su cuerpo, unidad somática sujeta al tiempo y a los procesos internos que allí se presentan. La idea de “cuerpo”

antes del siglo XIX no existía en tanto entidad singular comprendida a partir de sí misma. En la época moderna, los seres humanos han ganado una nueva comprensión de lo que son, gracias a la medicina clínica, argumento importantísimo que vincula a la medicina con aspectos antropológicos. (Estrada y Cardona, 2018, pp. 227-228)

En este sentido, la medicina surge de la vigilancia del enfermo individual en respuesta a ciertas necesidades sociales, políticas y económicas, además de ciertos procesos históricos. Así, una nueva forma de vigilancia (monitoreo participativo) y de medicina no solo son posibles, sino imprescindibles, porque tanto las necesidades sociales, políticas y económicas del siglo XXI como sus procesos históricos, son totalmente distintos a los del siglo XIX.

Actualmente, las formas de ejercer la epidemiología son obsoletas, pues están basadas en las necesidades de “gubernamentalidad” (Foucault, 2006, p. 136) del siglo XIX (cuando surgieron los Estados-nación y los hospitales tradicionales) de forma que ahora ya no resultan eficientes (ni siquiera para los mismos fines de control gubernamental) y el ejemplo más palpable de ello es lo que sucedió con la pandemia del COVID-19 y el colapso de los sistemas de salud pública. Así, para la epidemiología crítica, es necesaria visión más participativa, menos autoritaria, determinista, jerárquica, funcionalista y desigual, que permita incluir a la población intervenida como un colaborador en igualdad de condiciones.

Subsunción-autonomía y *embodiments* (encarnaciones)

El concepto de “subsunción” ha sido usado tradicionalmente en el ámbito jurídico de la lengua (RAE & CGPJ 2017), sin embargo, la epidemiología crítica toma la acepción que tiene este término en la obra de Marx, donde adquiere su carácter económico-político (Echeverría, 1998, p. 63; Oliva & Sáez de Sicilia, 2022, p. 35). En ese sentido, la idea de subsunción, originalmente, tiene dos momentos: la formal y la real. Así:

En la exposición más extensa [...] aparece la distinción fundamental entre subsunción formal y subsunción real del trabajo al capital. La primera constituye un presupuesto general de toda producción capitalista, ya que consiste en la apropiación de procesos de trabajo preexistentes (por ejemplo, el realizado en las corporaciones premodernas por los maestros de oficio y sus oficiales) por el capital, y por lo tanto en la subordinación de la producción de valores de uso a la producción de plusvalía. (Pagura, 2008)

Es decir, la subsunción formal está relacionada con “para qué” y “por qué” se produce algo, mientras la subsunción real está relacionada con “cómo” se produce el mismo elemento. Si bien el modelo capitalista inicial (siglo XIX) imponía las razones y los fines a un producto al apropiarse de los conocimientos necesarios para su fabricación que estaba en manos de los obreros; luego, el capitalismo de la

línea de montaje (siglo XX) se apropia también de la corporalidad y la temporalidad de los trabajadores al imponerles las formas y los ritmos en los que deben fabricar los productos.

Avanzando hacia el campo de la salud, se puede hallar un variado uso del concepto subsunción. Por ejemplo, “the subsumption of the biological world in the social world”, “Subsumption-Embodiment”, “subsumption-relative autonomy movement”, “the subsumption of the human biological in the social” (Breilh, 2021; Laurell, 1989), es decir, los autores de la epidemiología crítica lo usan de un modo más generalizado y extensivo, refiriéndose a diferentes fenómenos (como la subsunción de lo biológico en lo social) o momentos (la dinámica subsunción $\Leftrightarrow$ autonomía relativa). En todos estos casos, la subsunción puede ser leída de forma genérica: un elemento X subsume bajo sus lógicas a un elemento Y.

Apartir de esta tipología, es más viable concentrarse en el proceso subsunción $\Leftrightarrow$ autonomía relativa, que ya fue presentado en el proceso de determinación social de la salud (ver figura 2). Así, la subsunción es una conexión inherente de los procesos pertenecientes a diferentes dominios de complejidad de la reproducción social, donde el subsistema más complejo impone sus condiciones al menos complejo, generando encarnaciones (*embodiments*). Pero a través del movimiento dialéctico entre la subsunción y la autonomía relativa, es posible la generación de procesos transformadores menos complejos respecto a los de mayor complejidad (Breilh, 2019). En otras palabras: la subsunción del subsistema más complejo (la sociedad o plano general), genera unos *embodiment* en los subsistemas menos complejos (los grupos sociales o plano particular), especialmente en los individuos (plano individual). Así, la subsunción es como un proceso de distribución de *embodiment*, los cuales son las manifestaciones visibles y encarnadas en el cuerpo de las personas, de la matriz de pensamiento que se disemina con la reproducción social (el capitalismo 4.0).

En contraposición, a esta distribución de *embodiment* se le opone la autonomía relativa, que opera en cierta medida en el nivel particular y en mayor medida en el nivel individual. Es esta autonomía la que va “apolillando” (haciendo huecos) el proceso de subsunción, aunque sin llegar a destruirlo; genera nichos de libertad individual y grupal, donde las personas luchan por mecanismos que les permitan resistir o cambiar los *embodiment* que quieren imponérseles. Y esto da origen a la posibilidad real de un cambio social que llegue hasta la misma matriz de pensamiento.

Trasladando estas categorías a la dinámica salud-enfermedad (ver figura 2), la epidemiología crítica dirá que a nivel particular la subsunción genera unos *embodiment* de carácter psicosocial, mientras que a nivel individual los *embodiment* son psicosomáticos. Es decir, tenemos grupos sociales que padecen o producen: contaminación, discriminación, violencia, etc., y tenemos individuos que padecen o producen: enfermedades y comportamientos lesivos y/o autolesivos. En ambos

casos, la presencia de ambientes (particular) y sujetos (individual) saludables o malsanos, son los *embodiment* a los que se busca resistir y transformar desde la epidemiología crítica, pero sin olvidar que los *embodiment* son la materialización final del proceso de reproducción social, es decir, el “pico del *iceberg*”.

Por ello una intervención de salud pública elaborada a partir de la epidemiología crítica no puede abarcar aspectos aislados como: un taller de concientización sobre la violencia, unos medicamentos o una psicoterapia cognitivo-conductual; sino que debe ser un trabajo transdisciplinario y multidimensional que permita cuestionar y oponerse abiertamente a la matriz de pensamiento donde se originan los *embodiment* que se quiere prevenir o curar.

La subsunción de lo biológico en lo social posibilita que el movimiento de la producción y reproducción agrícola [...] termine fijándose en la esfera biológica (proceso que se describe como un *embodiment* de lo social en esos cuerpos y tejidos). En otras palabras, la salud humana de quienes forman esas comunidades agrícolas o la salud vegetal de esos cultivos no se comprende ni comienza en las personas y en las plantas. (Breilh, 2019, p. 16)

Es por ello que la solución a los problemas de la salud pública no pasa por atender un río, unas plantas, a una persona enferma o a una familia disfuncional, de forma separada y sin contar con los conocimientos de las comunidades a las que pertenecen, incluyendo su entorno ambiental.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha tenido por objetivo mostrar brevemente los conceptos de una forma distinta de ver la epidemiología, la salud pública y el proceso salud-enfermedad. Se trata de una contribución gestada en América Latina y que busca ir más allá de las proyecciones estadísticas de procesos epidemiológicos, ya que la epidemiología crítica intenta convertir el trabajo de campo y las políticas de salud pública en herramientas que ayuden a reducir la inequidad integral que caracteriza a la región.

Este no es un modelo pensado desde o para el primer mundo, ya que allí las brechas sociales son menores que en Latinoamérica, existen sistemas de salud más eficientes y tecnologizados, con Gobiernos más comprometidos con el bienestar de la población y con recursos económicos más abundantes (no en vano el fenómeno migratorio sucede desde regiones pobres del mundo, como la nuestra, hacia Europa y Norteamérica). La epidemiología crítica estudia e implementa modelos epidemiológicos a partir de las posibilidades y limitaciones reales del contexto latino, teniendo en cuenta aspectos como la gran diversidad cultural de la región y el carácter participativo que caracteriza a las poblaciones, pero sin rechazar ni desconocer el valioso aporte de las herramientas estadísticas, los modelos matemáticos y la tecnología.

A través de esta breve revisión conceptual, es posible identificar que, para la epidemiología crítica, la salud no es un objeto aislado en que trabajan médicos y salubristas, sino un fenómeno multidimensional y transdisciplinario que está determinado por distintos ámbitos (económico, cultural, político, ecológico, etc.) y que abarca todas las esferas (social-grupal-individual). De allí que, en esta forma de ver la salud, la participación de la ciudadanía en las políticas de salud pública, desde su misma planeación, sea imprescindible si se quiere garantizar su éxito y un cambio real en la vida de las personas.

REFERENCIAS

- Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2008). *Epidemiología básica* (2ª ed.). OPS.
- Breilh, J. (2019). *Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas*. UASB.
- Breilh, J. (2021). *Critical Epidemiology and the People's Health*. Oxford University Press.
- Donnangelo, M. C. (2014). *O social na epidemiologia em: Um legado de Cecília Donnangelo* (J. Carneiro, L. Heimann, & M. Derbli, eds.). Instituto de Saúde de São Paulo.
- Echeverría, B. (1998). *Valor de uso y utopía*. Siglo XXI.
- Estrada, D. A., & Cardona, J. A. (2018). La medicina en la obra de Michel Foucault: meta-síntesis. *Revista Civilizar*, 18(34), 223-236. <https://doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2018.1/a15>
- Gordis, L. (2014). *Epidemiología* (5ª ed.). Elsevier.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>
- Lash, L. T., VanderWeele, T. J., Haneuse, S., & Rothman, K. J. (2021). *Modern Epidemiology* (4ª ed.). Wolters Kluwer.
- Laurell, A. C. (1989). Social Analysis of Collective Health in Latin America. *Social Science & Medicine*, 28(11), 1183-1191. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90011-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90011-7)
- Laurell, A. C. (2018). Lasting Lessons From Social Ideas and Movements of the Sixties on Latin American Public Health. *American Journal of Public Health*, 108(6), 730-731. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304416>
- MacMahon, B., & Trichopoulos, D. (1996). *Epidemiology: Principles and Methods* (2ª ed.). Little Brown & Co.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health* (2ª ed.). Oxford University Press.
- Menéndez, Eduardo L (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20(spe2), 5-50.
- Morin, E. (2003). *El método II: la vida de la vida*. Cátedra.
- MSP. (2014). *Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica: norma técnica*. Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Recuperado de <https://bit.ly/3VmCpwn>
- Oliva, C., & Sáenz de Sicilia, A. (2022). Las tecnologías de subsunción en el capital. *Revista Ciencias Sociales*, 1(44), 31-44. <https://doi.org/10.29166/csociales.v1i44.4128>

- Pagura, N. G. (2008). *Las formas actuales de subsunción del trabajo y sus repercusiones en la constitución de subjetividades* [Ponencia]. VII Jornadas de Investigación en Filosofía, 10-12 de noviembre, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <https://bit.ly/3WENcAR>
- RAE & CGPJ. (2017). *Diccionario panhispánico del español jurídico*. <https://dpej.rae.es>
- Rothman, K. J., & Greenland, S. (1998). *Modern Epidemiology* (2ª ed.). Lippincott-Raven.
- Samaja, J. (1994). *Vigilancia epidemiológica de los ambientes en que se desarrollan los procesos de la reproducción social* [Ponencia]. VI Congreso Latinoamericano y VIII Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, México.
- Schwab, K. (2016). *The Fourth Industrial Revolution*. World Economic Forum.
- Yassi, A., Breilh, J., Dharamsi, S., Lockhart, K., & Spiegel, J. M. (2013). The Ethics of Ethics Reviews in Global Health Research: Case Studies Applying a New Paradigm. *Journal of Academic Ethics*, 11(1), 83-101. <https://doi.org/10.1007/s10805-013-9182-y>

