

**Universidad Nacional de Rosario  
Centro de Estudios Interdisciplinarios  
Instituto de la Salud “Juan Lazarte”**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**SUBJETIVIDAD: NOCIÓN PROBLEMÁTICA PARA LA EPIDEMIOLOGÍA  
SOCIAL LATINOAMERICANA. UNA REVISIÓN CRÍTICA DE SU TRATAMIENTO  
EN LA PRODUCCIÓN DE ALGUNOS REFERENTES DE ESTE CAMPO.**

**Autor: Mario Chavero**

**Director: Prof. Dr. Juan Samaja**

**Co-Directora: Mgr. Sandra Gerlero**

**Rosario, Mayo de 2007**

**Dedicatoria:**

A Rocío y Helena, ranitas y pioneras, agua de río mezclada con mar.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b><u>Agradecimientos</u></b>  | <b>5</b>  |
| <b><u>Introducción</u></b>   | <b>7</b>  |
| <b><u>Capítulo 1</u></b>   | <b>11</b> |
| - Situación Problemática   |           |
| <b><u>Capítulo 2</u></b>   | <b>23</b> |
| - Construcción del problema-objeto.  |           |
| - Supuestos teóricos iniciales   |           |
| <b><u>Capítulo 3</u></b>   |           |
| - Objetivos  | <b>30</b> |
| - Estrategia Metodológica  |           |
| <b><u>Capítulo 4</u></b>   | <b>35</b> |
| - Epistemología de la subjetividad: discusión ontológica y epistemológica de la subjetividad en el campo de la salud y de la epidemiología. Juan Samaja y Luis D. Castiel. |           |
| <b><u>Capítulo 5</u></b>   | <b>51</b> |
| - Noción de Subjetividad en la obra de Jaime Breilh  |           |
| <b><u>Capítulo 6</u></b>   | <b>77</b> |
| - Noción de Subjetividad en la obra de Pedro Luis Castellanos  |           |
| <b><u>Capítulo 7</u></b>   | <b>89</b> |
| - Noción de Subjetividad en la obra de Naomar Almeida Filho  |           |

|  |            |
|--|------------|
| <b><u>Capítulo 8</u></b>                                       | <b>112</b> |
| - Resumen y sistematización de las propuestas de los 3 autores |            |
| <b><u>Capítulo 9</u></b>                                       | <b>126</b> |
| - Discusión y reflexiones. A manera de cierre y apertura.      |            |
| <b><u>Referencias Bibliográficas</u></b>                       | <b>140</b> |
| <b><u>Bibliografía consultada</u></b>                          | <b>148</b> |
| <b><u>Citas y Epígrafes</u></b>                                | <b>149</b> |

## Agradecimientos: los compañeros de ruta

El trabajo que aquí se presenta comenzó hace años. Tomé conciencia, digamos, de ello recién en el último tiempo, quizá en los últimos dos o tres años cuando intenté esbozar un Proyecto ambicioso, tan ambicioso como “el tamaño de mi esperanza” y la ostensible inseguridad disfrazada de pretendida confianza de un investigador novato dispuesto a tomar por asalto “el mundo y sus alrededores”. Por ello, lo que pueda tener de válido o útil lo que aquí se expresa tiene una deuda imposible de saldar y reconoce sus fuentes en un sinnúmero de canteras.

Durante este *latcho drom* romaní, travesía plena de escollos, la nao hizo agua, encalló y casi desencalló, se topó con criaturas marinas con máscara de tentador lenguaje trajinado científicamente que como “cendales nebulosos” investían conceptos ya consagrados, plétóricos de autoridad, tranquilizadores, cantos de sirena que, como las sillas de Silvio, peligrosas, tentando al reposo del viajero, invitaban a parar. No negaremos habernos detenido y habernos distraído, ¡cómo no!, más de una vez. Sólo podemos afirmar que hemos dado batalla. *Fluctuat nec mergitur*: se sacude, se tambalea, se mece, pero no se hunde, reverberaban entonces, las palabras fascinantes de aquel escudo de armas tomadas por un viajero austríaco que no en vano había confesado ese *pathos* en las misivas enviadas a sí mismo a través del rodeo de una otredad. Salvando el inconmensurable abismo con tal empresa, este trabajo tuvo ese puntito en común: también precisó de interlocutores. Es en ese sentido un texto *colectivo* discutido y tramado con algunas gentes, de manera “polifónica”. Fue enhebrándose, urdiéndose con estos compañeros de ruta, con otros a quienes quizá no cito pero no olvido y con aquellos interlocutores prospectivos que nos constituyen al permitirnos hablarles, hablar, con los que viajaré mañana:

Juan Samaja, Amigo y Maestro. Llevo grabadas para siempre sus observaciones críticas, sus sugerencias, su orientación. Y esas conversaciones sobre Hegel, la dialéctica, la complejidad de la vida, las mujeres, los hijos, el exilio, en Rosario, en Acassuso. Está Presente, como dijo el poeta, en ese fuego que no se apaga nunca.

Sandra Gerlero, generosidad y seriedad. Y más generosidad. Temible por lo exigente, exagerada por lo tolerante. Una interlocutora de lujo. Y llena de colores.

Las personas entrevistadas para esta investigación que transmitieron lo que sabían y también lo que no: Emiliano Galende, Silvana Weller, Luis David Castiel, José Ricardo Ayres.

Nahir Silveira, Omar Bravo, Alvaro Labarrere, Gabo Ariza, Rafael Illantes, que han aportado lo suyo. Discutidores tenaces, ¡tan tercos!, llenos de loca subjetividad y altos tenores de contagiante alegremia.

Los docentes e integrantes del Instituto Juan Lazarte, con quienes gestamos un espacio de reflexión y aprendizaje conjunto.

Los muchos compañeros de las cohortes con los que cursé, trabajé, discutí y aprendí.

Delia Amarilla, por las desgrabaciones *casi* completas...

Ricardo Díaz Romero, que me habilitó una cancioncilla alemana que planeó, soberana, sobre este trabajo: *Die gedanken sind frei*. Los pensamientos, señores, son libres.

Mis compañeros de trabajo de Epidemiología y de Oliveros.

Las compañeras y compañeros de la Asamblea de Trabajadores de la Salud Municipal.

Ernesto Guevara y su semilla dispersa y su tarea inconclusa... aún. Decía, dice, con Carlos, con Pocho, con Teresa, con Víctor, con Maxi, con Darío, y con otros 30.000 y algunos más, que el presente es de lucha. Y que el futuro es nuestro.

Mis viejos, Pitty y Horacio, y mi hermano Horacio.

## INTRODUCCIÓN

Hoy todos somos Carlos Fuentealba.

It could have been me  
but instead it was you  
So I'll keep doing the same you were doing  
As if I were two.  
Holly Near. *It could have been me.*

La presente investigación se inscribe en el área de la Epidemiología, y más específicamente se encuadra en la llamada Epidemiología Social Latinoamericana.

El objeto de estudio es la “subjetividad”, noción de uso extendido en el terreno de las ciencias de la salud, pero insuficientemente conceptualizada en el ámbito epidemiológico.

La elección de esta temática se debió al hecho de constatar, a partir de la experiencia en el campo y de la lectura de algunos de los principales textos epidemiológicos referentes, la insuficiente sistematización de los conocimientos sobre el papel de la subjetividad en los problemas de salud de los colectivos humanos. Este hecho puede deberse a que la dimensión subjetiva, de los problemas de salud-enfermedad-atención no sea contemplada como una instancia operante en la génesis o reproducción de dichos problemas sino que la misma se comprende como un «agregado», o «superestructura» complementaria a la «estructura» o base biológica y clínica que permea al objeto de la epidemiología. En otras palabras que no se le otorgue o reconozca plenos «derechos de ciudadanía» en tanto *dimensión* del objeto de investigación y, además, eficacia en el proceso de generación o mantenimiento en el tiempo de los procesos mórbidos. Si esto es así difícilmente se logre un grado de conceptualización aceptable que permita su identificación analítica al interior del complejo objeto a investigar, así como estrategias metodológicas para viabilizar su estudio. En contraparte, si no se dispone de constructos teóricos en la forma de elaboraciones conceptuales con los cuales escrutar, interrogar la realidad que pretende conocerse, mal podrá reclamar existencia y, más aún, reconocimiento en el campo de las investigaciones que se realicen.

El objetivo general de este trabajo consiste en explorar y analizar las propuestas teórico-metodológicas para el abordaje de la subjetividad, esto es: los modos de identificar, investigar e interpretar la subjetividad a través de las nociones o conceptos empleados para

su estudio en tanto dimensión de los problemas de salud existentes en un ámbito delimitado, el de la epidemiología social latinoamericana.

El presente trabajo adopta el diseño de una investigación de carácter exploratorio y descriptivo que se lleva a cabo a través de una estrategia metodológica de tipo cualitativa.

La redacción de la tesis se ordena utilizando los siguientes recursos tipográficos: se usan comillas angulares («,»») para indicar cuando la palabra o frase está siendo *mencionada* o en el caso del empleo de un sentido metafórico. En tanto las comillas corrientes (“,”) son utilizadas para presentar las citas textuales de un autor, seguido de la fuente consultada para esta investigación o, cuando el contexto lo permite, obviando esta última. Las citas se transcriben tal como aparecen en el texto original, salvo aclaración. Se recurre al uso de cursivas a los fines de realzar o enfatizar algunos términos. Para la presentación de la bibliografía se utilizó el sistema referencia autor-año-título-editorial-lugar. Para las citas bibliográficas se adopta la fecha de la publicación que fue *consultada* en cada caso.

Debo confesar que este trabajo está lleno de colores. Frases, proposiciones, aseveraciones, preguntas, en azul (lo que debía revisarse), rojo (lo que debía eliminarse), fucsia (lo recién agregado al texto) y negro (lo que quedaría finalmente sobre el blanco papel), que pretendían balizar el grado de elaboración y validez de las mismas, durante la investigación, interlocución, escritura y reescritura. La subjetividad, que acicatea indomeñada, incitará, creo, a pesquisar donde late cada uno.

El **capítulo 1** sirve a los fines de presentación del problema a investigar. Se contextualiza históricamente el surgimiento de la Epidemiología y del movimiento de la medicina social europea en el S.XIX en Europa así como el resurgimiento de su carácter crítico en el S.XX en el marco de la medicina social latinoamericana a partir de la década del '70 en nuestra región. Se reflexiona sobre los logros de la misma así como las dificultades y obstáculos en el estudio de la problemática elegida.

En el **capítulo 2** se procede a la construcción del problema-objeto de investigación: el empleo de la noción de subjetividad y el estudio de la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención colectiva. Se explicitan aquí los supuestos teóricos iniciales.

La estrategia metodológica adoptada, junto con los objetivos de la investigación, se presenta en el **capítulo 3**.

El **capítulo 4** consiste en el desarrollo de una discusión de índole ontológica y epistemológica sobre la subjetividad en el campo de la epidemiología y la salud.

Los **capítulos 5, 6 y 7** dan lugar al análisis crítico de las maneras de considerar la subjetividad que se hallan presentes en la obra de tres autores referentes del campo de la epidemiología social latinoamericana seleccionados para esta investigación: Jaime Breilh, Pedro Luis Castellanos y Naomar Almeida Filho, respectivamente.

El **capítulo 8** presenta un resumen comparativo de estos tres autores, intentando una sistematización de las consideraciones de cada uno relativas a la subjetividad en el ámbito de la epidemiología.

En el **capítulo 9**, por último, se procede a una reflexión y discusión final y se despliegan algunas consideraciones en torno a los puntos problemáticos de índole ontológicos, conceptuales, metodológicos, etc. en la investigación de la subjetividad en el ámbito de la epidemiología. Se realizan asimismo algunas propuestas en el sentido de una conceptualización de la subjetividad utilizando elementos y consideraciones provenientes de disciplinas como el psicoanálisis, el materialismo dialéctico y la psicología social, entre otras. A la vez, se dejan presentadas múltiples preguntas que intentan officiar de invitación a futuras investigaciones.

El propósito que orientó esta investigación fue comprender con mayor claridad el o los modos posibles en que la subjetividad opera en el proceso de salud-enfermedad-atención colectiva, como parte de un proyecto para la comprensión del rol de la dimensión subjetiva en el objeto epidemiológico, es decir como parte que necesariamente officiará como insumo de un momento sucesivo en una investigación de mayor profundidad. La producción y reproducción de los problemas de salud, como se sugirió, no es un hecho meramente biológico, que tenga lugar bajo el imperio de sus leyes. Este es, sin duda, uno de los constituyentes fundamentales de dicho proceso y se le debe reconocer un papel central en la esfera de la reproducción de los grupos humanos. Pero no parece suficiente limitar las “variaciones de salud” a los elementos biológicos del proceso, pretendiendo que las mismas tienen lugar por fuera del marco histórico y social donde se manifiestan, ni independientemente del sentido que se les otorgue, de cómo se las valore, represente, perciba, signifique, tanto por parte de los grupos directamente afectados como por quienes intervienen sobre tales problemas, ya sea investigando o realizando tareas de promoción,

prevención, asistencia o rehabilitación de la salud. En consonancia con esto se aspira a producir un conocimiento para aportar elementos cognoscitivos en el ámbito de la salud pública y la epidemiología en el intento de lograr una mayor capacidad de comprensión y resolución de los padecimientos en salud de los grupos humanos.

## CAPÍTULO I

### SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Un hombre pasa con un pan al hombro  
¿Voy a escribir, después, sobre mi doble?  
Otro tiembla de frío, tose, escupe sangre  
¿Cabrán aludir jamás al Yo profundo?  
César Vallejo. *Un hombre pasa con un pan al hombro.*

La epidemiología tiene como objeto estudiar y comprender la determinación y la distribución de los problemas de salud y enfermedad de las poblaciones generando el conocimiento indispensable para la intervención eficaz sobre dichos procesos. Se nutre de distintos modelos teóricos explicativos del proceso de salud-enfermedad e intenta definir las mediaciones entre los determinantes de dichos procesos y su producción concreta en los diferentes grupos poblacionales.

En sus orígenes delinea su campo disciplinar en estrecha relación con los cambios que tenían lugar en el seno de la medicina europea en las primeras décadas del siglo XIX. La institución médica no podía ser ajena a los acontecimientos y turbulencias sociales y una nueva concepción médica se abre paso a través de la “medicina fisiológica”, pensamiento hegemónico de aquella época. Una medicina que debía ocuparse de las fuerzas productivas, liberadas por la Revolución Industrial del corsé impuesto por el sistema feudal, atendiendo e intentando restablecer la capacidad productiva y laboral de la población, tiene como correlato necesario un nuevo objeto: “la unidad trabajo - fuerza de trabajo” y una nueva terapéutica, en el que “los sujetos de la terapia no son enfermedades sino condiciones” (García, 1974: 164-165). Juan César García señala el año 1848 como el momento de surgimiento del concepto de *medicina social*, que fuera acuñado por Jules Guerín en Francia, de la mano de Salomon Neuman y Rudolf Virchow en Alemania, William Farr en Inglaterra y Francisco Puccinotti en Italia, y al calor de los movimientos y luchas revolucionarias en varios países europeos (Ibíd.: 159). El auge de la medicina social, junto con aportes de otras disciplinas como la Clínica y la Estadística, colaboran en el desarrollo de la naciente disciplina epidemiológica (A. Filho, 1992a: 2; 2000: 63-67), hechos a los que podría agregarse el sustento lógico aportado por la aceptación de los postulados de John Stuart Mill en el marco de la consolidación de la filosofía positivista (A. Filho, 1992a: 31;

Baratta, 2000: 2). Tal vez podrían consignarse como los primeros estudios epidemiológicos las investigaciones de Engels en 1844 (Engels, 1974. Cit. en Breilh, 1988: 170). Estas, junto con las de Virchow, Villermé, Chadwick, Snow, entre otros, se dedicaron a analizar la relación entre las condiciones de vida y de trabajo de la población y la producción de enfermedades, imprimiéndole a la epidemiología un sello eminentemente social (A. Filho, 2002: 14-15).<sup>1</sup>

Numerosos son los estudios que se han dedicado a historizar los avatares y desarrollo experimentados por esta disciplina científica durante el S. XIX y primeras décadas del siguiente, así como el fuerte impulso que cobra un enfoque crítico que da preeminencia a lo social e histórico en la producción de los problemas de salud en nuestra región a partir de la década del '70 del S. XX, enmarcado este proceso a su vez en otro movimiento más vasto: el de consolidación de la llamada medicina social latinoamericana (Almeida Filho: 1992a: 3-10 y 2000: 59-77; Almeida Filho & Paim, 1999: 9-17; Breilh, 1995: 59-66 y 2003: 33-41; Barata: 2000; Iriart y col., 2002; Tajer: 2003). Desde mediados de los años '50 del S.XX comienza a generarse, desde algunas organizaciones y centros de investigación y producción científica de latinoamérica y EEUU, una reformulación de la enseñanza de la medicina preventiva y un debate crítico en el campo de la salud pública (García: 1972, 1972a, 1976 y 1984) que influyó en el decurso de sus disciplinas integrantes. En latinoamérica se produce un proceso relacionado con estos cambios que asume características peculiares. En el terreno de la epidemiología, comenzando en la década del '70 y afianzándose en la década del '80 del siglo pasado, se abre paso un debate donde prima una fuerte crítica dirigida hacia los postulados de la epidemiología que venía desarrollándose hasta ese momento. Comienzan a identificarse las limitaciones y obstáculos en su explicación e intervención sobre los problemas de salud-enfermedad, cuyo canon contemporáneo es la causación múltiple o multicausalidad sustentada en el modelo de la "red de causación" macmahoniana (Breilh, 1988: 104-105; Krieger, 1994: 889-892). La idea de que los padecimientos de salud-enfermedad poblacionales están determinados social e históricamente, ha sido uno de los ejes en torno al cual se ha ido estructurando esta expresión de la Epidemiología en nuestra región.

---

<sup>1</sup> Los principales estudios citados como los antecedentes de la epidemiología social tienen lugar entre 1840 y 1850, aproximadamente.

Cabe preguntarse porqué habría de catalogarse como *social* a una epidemiología que pretendiera diferenciarse de la anterior. ¿No constituiría esto una redundancia? Puesto que el *objeto* mismo de esta disciplina está definido por un nivel colectivo, poblacional, es decir: remite a lo social. En esta perspectiva Krieger (2001) apunta que la “epidemiología social”, denominación utilizada por primera vez en inglés, en el año 1950, se caracteriza por “investigar explícitamente los determinantes sociales de la distribución poblacional de salud, enfermedad y bienestar, más que tratar tales determinantes como mero trasfondo de fenómenos biomédicos”. Mas no existe unanimidad de criterios a la hora de una definición de lo que sería la Epidemiología Social. En contraposición a la anterior definición y por citar sólo un ejemplo de los tantos existentes, Marc Renaud plantea que “...la epidemiología social...examina los *factores* psicológicos y sociales, en el origen de las enfermedades crónicas...” (Renaud, 1992. *Cursivas nuestras*). Y agrega: “...para poder estimar el impacto de los *factores sociales*, es necesario sustituir la noción de *etiología* específica...por la de *etiología* no específica y multifactorial.” (Renaud, Op. Cit., *cursivas nuestras*).<sup>2</sup> Jaime Breilh, uno de los máximos impulsores de una distinción tajante entre la epidemiología “hegemónica” y la “contrahegemónica” que se encontrarían, si se sigue el curso de sus reflexiones, “opuestas por el vértice”, reconoce al emplear el calificativo de *social* la confusión que cualquier adjetivación para la disciplina podría acarrear (Breilh, 1988: 68). Pese a este reconocimiento, abundan los calificativos que intentan diferenciar esta corriente que ha logrado desarrollarse en América Latina y que ha seguido un curso crítico hacia la epidemiología anglosajona dominante. Algunos de ellos son “social”, “crítica”, “contrahegemónica” o “emancipadora”, para oponerla a la Epidemiología “tradicional”, “convencional”, “clásica”, “hegemónica”, “oficial”, “empírico-funcionalista”. Es frecuente asimismo la crítica al basamento positivista de la versión hegemónica/dominante, o cuestionando la transformación desde una epidemiología *de* poblaciones hacia una epidemiología *en* poblaciones que propicia intervenciones curativas y a nivel individual. En el intento de superar los impasses y limitaciones verificadas en los abordajes tradicionales y dominantes, durante la constitución y consolidación de esta expresión de la

---

<sup>2</sup> Paradójicamente la alusión a la necesidad del estudio de «factores» y de «etiología» emparenta esta consideración al ideario de la llamada Epidemiología «clásica».

epidemiología, se verifica una apuesta tanto hacia una transformación de la práctica epidemiológica como hacia una renovación de propuestas teóricas. En cuanto a lo conceptual-metodológico pueden identificarse al menos tres movimientos, concatenados lógicamente: 1°) se ha propuesto una redefinición del objeto de investigación; 2°) se han incorporado o reformulado un conjunto de técnicas de investigación, variando en algunos casos las formas de empleo de éstas para la investigación de los problemas de salud; y 3°) se ha enriquecido su aparato teórico-conceptual a través de un diálogo fructífero con otras disciplinas y muy especialmente con las ciencias sociales, derivando entre otros aspectos en la incorporación o utilización de herramientas teóricas como categorías y conceptos de diversos campos disciplinares.

En relación al objeto, éste no será más *la enfermedad* considerada en términos de cierta abstracción genérica. Recuérdese la definición de Mac Mahon et al.: “Epidemiología es el estudio de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el *hombre*” (Mac Mahon et al, 1965: 1. Cursivas nuestras). Este objeto será transformado en la *salud-enfermedad* pensado en términos de *proceso*, y será referido a un *colectivo o población*, considerado como *determinado* histórica y socialmente. El componente histórico de la determinación se verifica al caracterizar el perfil patológico de diferentes períodos históricos en una misma sociedad, en tanto que el social al constatar los diferentes perfiles patológicos de los distintos grupos sociales de una sociedad, o de distintas sociedades entre sí, en un mismo período (Laurell, 1982).

En cuanto a las técnicas de investigación, se da mayor relevancia al empleo de técnicas e instrumentos que permiten abordar con mayor énfasis aspectos de orden cualitativo. Asimismo se adaptan modalidades de combinación de técnicas, siendo un ejemplo de esto la llamada triangulación de métodos o de técnicas de investigación en la cual la complejidad y multidimensionalidad del objeto de investigación es abordada por la combinación de distintas técnicas o modalidades de registro para superar “...el sesgo intrínseco que resulta de los estudios de un solo método...” (Denzin, 1970: 313. Citado en Breilh, J. 1995: 140).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> En cuanto a los términos *técnica* y *método* que suelen utilizarse indistintamente al hablar de “triangulación”, algunos autores como Breilh (1995: 141) prefieren diferenciarlas, proponiendo hablar de triangulación de *técnicas* y no de *métodos*, argumentando que en una investigación éste es único y no varios. Cfr. también Breilh, 1998: 223.

Con respecto a las modificaciones en lo teórico-conceptual, entre las categorías claves que la epidemiología social ha incorporado en sus desarrollos pueden mencionarse: *determinación, proceso de producción, modo de vida, reproducción social, clases sociales, perfil epidemiológico, inequidad, espacio*, entre otras. En el caso de *determinación*, que se destaca por constituirse en una de sus categorías nodales, es introducida al terreno de la epidemiología social, entre otros, por Jaime Breilh en 1979 (Breilh, 1988)<sup>4</sup> y Guillermo Rodríguez Da Silva en 1982 (Rodríguez Da Silva, G., 1982). Ambos autores fundamentan su empleo a partir del estudio clásico de Mario Bunge (1997: 18, 50 y 54), quien cuestiona la doctrina causal o *causalismo*, la cual sostiene la causalidad como *único* principio de determinación existente, negando los demás. La determinación como principio explicativo, puede definirse y defenderse, según Bunge, si se admite que “los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas), que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes” (op. cit.: 30). En esta concepción se destacan dos componentes fundamentales: la *legalidad* y la *productividad*. El *principio de legalidad u orden* (op. cit.: 42-44) sostiene que “Hay leyes”, mientras que el principio de legalidad universal que “Todo acontecimiento particular es legal, vale decir, es determinado según un conjunto de leyes objetivas, las conozcamos o no” (Ibíd.), o en otras palabras que “Todo hecho particular es el lugar de un conjunto de leyes” (Ibíd.). Decir que un hecho es determinado *según* leyes y no *por* leyes implica refutar la doctrina idealista que propone que “las leyes...prescriben” o crean los hechos “ab extrínseco”, desde un orden externo al que se desarrollan los hechos. En resumen: “las leyes nada determinan, son las *formas o pautas de la determinación*”. Mientras que el *principio de productividad o genético* consiste en que “Nada sale de la nada ni se convierte en nada”, que “no existen comienzos absolutos, ni finales absolutos”, es decir, niega la *sucesión* de hechos sosteniendo en cambio su *producción* o, en otras palabras, combate la idea de la generación de acontecimientos *ex nihilo* (op. cit.: 46-47). En el texto de referencia se distinguen ocho tipos de determinación (op. cit.: 37-39): Autodeterminación cuantitativa, Determinación

---

<sup>4</sup> La primera edición de su libro *Epidemiología, economía, medicina y política* es de 1979 (Edit. Universidad Central de Ecuador, Quito, 1979). Véase infra, Cap. V, pag. 46. El autor además hace mención específica a esta cuestión. Dice que tanto él como Guillermo Rodríguez da Silva publicaron a fines de los '70 ensayos que incorporaban esta categoría a partir del estudio clásico de Bunge (Breilh, 1998: 223).

causal o causación, Interacción (o causación recíproca o interdependencia funcional), Determinación mecánica, Determinación estadística, Determinación estructural (o totalista), Determinación teleológica, Determinación dialéctica (o autodeterminación cualitativa). Como puede apreciarse la causación queda presentada como una más de las formas posibles de determinación.<sup>5</sup> Algunos epidemiólogos destacan cuatro de las formas allí presentadas como las más importantes para la definición y explicación de los procesos de salud-enfermedad: la D. dialéctica, la D. causal, la Interacción y la D. probabilística<sup>6</sup> (Breilh, 1988: 185-186; A. Filho, 1992: 32). También desde el campo de la epidemiología Barata (2005) señala la incompatibilidad e insuficiencia del concepto *causa* para el estudio de hechos sociales, entre los cuales se inscribe el objeto de la epidemiología. En cuanto a algunas de las categorías antedichas, por ejemplo *clase social*, *reproducción social*, *proceso de producción*, su elección puede explicarse, en gran medida, por la adopción del materialismo dialéctico e histórico como uno de los modelos privilegiados de análisis y explicación, opuesto a las concepciones del positivismo y biologicismo en las que se sustentó y de las que se nutrió históricamente la Epidemiología. Esta disciplina tradicionalmente ha privilegiado la esfera biológica y el nivel individual de los problemas de salud-enfermedad, a la par que ha entendido estos problemas como hechos estáticos y definitivos, sin movimiento ni cambio en su conformación.<sup>7</sup> De este modo, en relación al fenómeno estudiado, no llegan a ser contempladas las distintas dimensiones que lo conforman, y se asigna el mismo peso e importancia en la producción de los problemas de salud a un conjunto de variables que pertenecen a distintos niveles de análisis y explicación. El modelo de la “red multicausal” con el que opera el raciocinio

---

<sup>5</sup> Cabe destacar que Bunge utiliza de manera indistinta *determinación* y *determinismo*. Habida cuenta que este texto obra como cantera para el empleo de esta categoría en el campo epidemiológico, es interesante tenerlo presente ya que tanto en el campo de la epidemiología social como en el de la salud colectiva suelen distinguirse.

<sup>6</sup> En la Edición de 1997 consultada para esta investigación Bunge se refiere a la Determinación probabilística como Determinación estadística (1997: 38).

<sup>7</sup> La misma definición de Salud propuesta por la OMS en su Constitución es una muestra de esta concepción: la salud es un “...completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”. Esta definición quizá representó, en aquel momento, un avance conceptual en tanto consideraba la salud en términos positivos y no meramente como “ausencia de enfermedad”, además de intentar una visión integradora, holística, de la misma. (La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y entró en vigor en abril de 1948. Sufrió reformas adoptadas en ocasión de sucesivas Asambleas Mundiales, la última de las cuales fue la N° 51 del 15/09/05. Cfr. en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) . Acceso en Noviembre de 2006).

epidemiológico, a pesar de su pretensión de ser inclusivo y no jerárquico en el tratamiento de los factores de riesgo, los coloca finalmente en un mismo nivel de importancia, desconociendo las distinciones entre ellos. E inevitablemente deposita su atención sobre los factores de riesgo “más cercanos” al evento o problema en estudio, “y esto se traslada típicamente a las causas biológicas de enfermedad en individuos y/o los ‘estilos de vida’ y otros factores de riesgo que supuestamente pueden ser abordados en el nivel individual mediante educación o intervención médica” (Krieger, 1994: 891).

En contrapunto, la epidemiología social al privilegiar la inclusión de categorías abarcadoras, de gran poder de concreción como *reproducción social* aspira comprender de qué manera los procesos económicos, sociales, históricos, se traducen en hechos de salud-enfermedad de los grupos poblacionales, de qué modo “lo social” se pone de manifiesto en el estado de salud de la comunidad. Indudablemente esto permitió potenciar la capacidad de investigación y explicación epidemiológica, y contribuyó en el intento de llenar lagunas teóricas existentes. Pero a la vez salen a la luz los límites en cuanto a su capacidad de análisis y comprensión, respecto a ciertos aspectos del objeto de investigación. En particular y considerando los intereses que motivan esta investigación, parecen insuficientemente sistematizados los insumos teórico-metodológicos para abordar y conocer el rol de lo subjetivo en los procesos o fenómenos de salud-enfermedad.

Por otro lado, es interesante problematizar otro aspecto, ligado al anterior: la consideración de las propias condiciones sociales e históricas en las cuales se producía y reproducía la propia subjetividad de muchos de los investigadores que colaboraron en dar forma a la epidemiología social en nuestra región.

La epidemiología y la medicina social latinoamericana o salud colectiva (término que comenzó a ser empleado en Brasil y ya alcanzó notoria difusión) ha sido un campo fecundo para el despliegue de luchas por la salud y cambios sociales. Como se apuntaba, la epidemiología social se nutrió notablemente a partir de las ciencias sociales y de manera privilegiada con el aparato conceptual marxista en un proceso de índole no meramente teórico sino también ideológico y político, en el que muchos de los referentes que participaron en ese «alumbramiento» o «refundación», se proponían aportar en el terreno científico de la salud pero asumiendo el campo como arena de disputas ideológicas, combatiendo la pretendida neutralidad científica que pregonaba la epidemiología

dominante, con la intención de aportar a los procesos de transformación política y social de las poblaciones y sociedades en las que desarrollaban su trabajo.

¿En qué medida la necesidad de resaltar las determinaciones históricas, económicas y sociales en la producción de los problemas de salud-enfermedad primó sobre el rol e importancia que podía atribuírsele a los aspectos subjetivos de dichos problemas? ¿Pudo esta prioridad convertirse en un obstáculo o al menos en un «retraso» en la búsqueda de vías conceptuales y metodológicas para la comprensión de la dimensión subjetiva de los procesos de salud-enfermedad, o dicho de otra manera y tentativamente por ahora, de las particularidades en los modos de *percibir, significar y padecer* las «variaciones de salud » de los distintos grupos poblacionales? Si analizamos la periodización que propone Breilh (2003: 34-40), en relación a los aportes teórico-metodológicos para la conformación de la epidemiología crítica, podemos observar que en un primer momento o “período formativo” los conceptos empleados y desarrollados apuntaban a la “construcción de una nueva objetividad” (op. cit.: 36, Figura n° 1), mientras que los conceptos que contemplan una “nueva subjetividad” en salud o interculturalidad, se dan en el último período correspondiente a años recientes. Con este supuesto no pretendemos simplificar una cuestión que es necesariamente más compleja y donde intervinieron múltiples vectores. Simplemente intentamos apuntar que en un primer momento los aspectos de lo que podía considerarse del orden *subjetivo* quizá no recibieron la misma atención que los aspectos considerados determinantes tales como lo «social» o lo «económico».

Recuperando la complejidad del objeto de la epidemiología que se indaga en el presente trabajo de investigación, se parte de reconocer el carácter heterogéneo y multidimensional de los procesos de salud-enfermedad colectivos y, a su vez, a la subjetividad como una de las dimensiones constituyentes y operantes de estos fenómenos.

*Subjetividad* ha sido históricamente un concepto de difícil empleo en el terreno de la epidemiología y en el campo de la salud en general. Su uso es tan amplio como difuso, pretendiendo diversas significaciones según el contexto o marco discursivo en que es utilizado. Su significado muchas veces se da por sobreentendido, sin una fundamentación de su pertinencia o de clarificación conceptual al momento de su uso, u omitiendo la explicitación del nivel de análisis para el que se la emplea. Esta situación, que no es patrimonio de la epidemiología, es un aspecto identificado de distintas maneras por algunos

referentes de lo que ampliamente podríamos denominar movimiento de la salud pública o colectiva. Desde la llamada antropología médica, en una vertiente que podría denominarse *crítica*, algunos autores como Eduardo Menéndez proponen la recuperación del papel del sujeto/actor en las dos “estructuraciones” que, según sostiene, siempre tienen lugar en los procesos de salud-enfermedad-atención: la estructuración *social* y la de *significado*. En este marco se valora positivamente el empleo de los conceptos de *sujeto* y *subjetividad* en las ciencias sociales latinoamericanas en los últimos años, pero se advierte sobre lo caótico que suele resultar su uso así como el fuerte tinte psicologista “aún en niveles de análisis donde lo psicológico no constituye lo determinante” (Menéndez, 1996).

En el campo de la epidemiología algunos autores han señalado la importancia de la dimensión subjetiva de los problemas de salud-enfermedad y la necesidad de su abordaje.

El sanitarista y epidemiólogo venezolano Pedro Luis Castellanos (1989) plantea que los problemas de salud son casi siempre complejos y mal estructurados, remarcando la importancia de “lo subjetivo” tanto para el conocimiento científico como para los procesos de toma de decisiones. Destaca dos dimensiones de la subjetividad con relación a los problemas de salud: la *percepción* y la *valorización*, en tanto los actores sociales perciben y valorizan en forma diferencial la situación y los problemas de salud. Dichas dimensiones están relacionadas tanto con los fenómenos que expresan la situación de salud como con la ubicación del actor respecto del problema analizado y a los demás actores sociales; así como también, al grado de conciencia del propio actor social.

Algunos epidemiólogos han subrayado la necesidad de la inclusión de los aspectos “simbólicos” de los procesos colectivos de salud-enfermedad en su “cotidianidad”, en estudios más sistemáticos, como proponen la autora brasileña Cristina Possas en su texto *Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidad Estructural e Saúde no Brasil* (1989) y Naomar de Almeida Filho (1992b, 1992c, 2000, 2004), sugiriendo incluso la denominación de “etnoepidemiología” para dicha perspectiva.

Existen asimismo propuestas de abordar la subjetividad a través de la problematización del concepto *sujeto*. Estas pretenden incorporar el concepto de “sujeto del inconciente”, tal como es concebida por el psicoanálisis lacaniano, a los desarrollos de la epidemiología actual. Esta idea, defendida entre otros por el brasileño Luis Carlos Brant (2001), apunta a superar la concepción de individuo (racional, del cogito cartesiano, exclusivamente

conciente) por la de *sujeto de deseo*, concepto que implica reconocer la existencia y aún la primacía del inconciente como lugar de la Verdad subjetiva.

En nuestro país algunos investigadores han reconocido asimismo los obstáculos que presenta el estudio de la subjetividad para la epidemiología.

S. Weller sitúa algunos de ellos en relación al “‘ingreso’ de dimensiones del campo de la subjetividad al análisis epidemiológico”. En su trabajo *SIDA y subjetividad. Un estudio epidemiológico sobre jóvenes* (Cahn, P. et al., 1999) abordó el problema del SIDA en grupos de jóvenes contemplando las dimensiones subjetivas desde una perspectiva epidemiológica, lo que implicó reconocer la dimensión poblacional del problema aunque sin olvidar el plano individual del mismo. Para ello indagó sobre los “modos subjetivos” de organizar y procesar el problema del SIDA y la forma en que se protegían de la infección. Con modos subjetivos la autora hace referencia a *valores, temores, omisiones, certezas, construcciones*, elaboradas en torno al problema. Reconoce la importancia del proceso subjetivo que media entre la información y el comportamiento, y muy principalmente el rol de lo *no racional* y el de las *fantasías psíquicas*. Weller recurrió para su investigación al empleo de dos conceptos de extracción freudiana: *realidad psíquica* y *doble inscripción*. Una de las tesis de su trabajo es que por medio de este último, inspirado en el modelo de aparato psíquico de Freud (Preconciente/ Conciente/ Inconciente) es posible contemplar la posibilidad de que exista conocimiento (de informaciones, métodos de prevención sobre determinadas infecciones, etc.) que eventualmente no logre ser instrumentado frente a situaciones empíricas con las que se enfrentan los sujetos. Así se abre un campo de problematización en el que Weller, siguiendo aquí las tesis de Castiel, plantea una crítica al *sujeto* contemplado por los modelos de educación y promoción en salud. Este es un sujeto “racional y deficitario”, concepción que debería ser superada críticamente para permitir la consideración de la dimensión inconciente y la producción fantasmática en los proyectos de prevención y promoción de la salud.

Otro trabajo que eligió el campo del VIH/SIDA para investigar aspectos subjetivos es el de S. Gerlero (2001), quien se dedicó a estudiar la problemática del VIH en mujeres, desde una perspectiva de género y de vulnerabilidad social, reflexionando sobre dificultades existentes para la incorporación de la subjetividad en la indagación epidemiológica. Como ejemplo de las mismas señala la persistencia de la categoría “enfermedad mental” (2001:

148) en los estudios del campo. Mediante un abordaje cualitativo propone el concepto *trayectorias de vida* para investigar la forma de percibir y otorgar sentido por parte de las personas y grupos a las experiencias de vida y a las prácticas cotidianas, en el contexto de sus condiciones de vida y apuntando a la construcción de estrategias de cuidado específicos para los grupos más vulnerables ante la infección. La autora realiza un señalamiento crítico sobre el divorcio existente en los distintos programas e intervenciones de prevención y promoción de la salud que reducen la potencial eficacia de los mismos al no contemplar las cuestiones referentes a las relaciones de poder sustentadas en el género, así como los posicionamientos de los sujetos frente a los problemas de salud.

A pesar de la riqueza y relevancia de estas propuestas, aún son incipientes y limitados los avances que permitan realizar un abordaje de la subjetividad en campo epidemiológico y superar los límites en cuanto a la necesaria sistematicidad y profundidad de los estudios relativos a esta temática. En tal sentido, podría plantearse que la disciplina aún presenta dificultades teóricas y metodológicas para investigar y comprender el papel de esta dimensión *subjetiva* en los procesos de salud-enfermedad a nivel colectivo y que resulta necesario analizar críticamente con qué nociones y de qué manera se ha intentado su consideración en el ámbito de la epidemiología social latinoamericana. No podemos dejar de señalar que existen fuera de latinoamérica otros núcleos de investigación epidemiológica y de salud que podrían observar también el rótulo de “social” si esta es considerada en términos amplios. Mervyn Susser, conspicuo integrante de la epidemiología norteamericana ha lanzado la propuesta de lo que denomina “eco-epidemiología”. Este autor realiza un valioso aporte al distinguir las nociones de *enfermedad* como disfunción fisiológica y limitada al individuo, de *padecimiento* como estado subjetivo y como percepción psicológica de la disfunción, limitada también al individuo; y de *malestar* como estado de disfunción social, papel social que, definido por las expectativas de la sociedad, es asumido por el individuo y afecta sus relaciones con los demás (1991: 16).<sup>8</sup> Asimismo se destacan autores enrolados en lo que podría llamarse “perspectiva del curso de vida” como Krieger y Davey-Smith; la “teoría del capital social en salud” sustentada por Kawachi, POUNDSTONE, Subramanian (Barata, 2005: 10-13); así

---

<sup>8</sup> Las expresiones enfermedad, padecimiento y malestar de la versión castellana consultada traducen respectivamente los términos *disease*, *illness* y *sickness* del inglés.

como Marcel Goldberg en Francia (Goldberg, 1994), entre otros. Aún reconociendo el valor de los desarrollos de dichos autores anglosajones y franceses, la presente investigación circunscribe la indagación acerca del tratamiento teórico conceptual y las propuestas metodológicas de la dimensión subjetiva a ciertos referentes seleccionados de la epidemiología social latinoamericana.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> La «escuela» latinoamericana se diferenció de las demás al adoptar el materialismo histórico y dialéctico como uno de sus referenciales teóricos. Esto estuvo determinado en cierta medida por los hechos históricos que tenían lugar en el momento de su constitución. De todos modos, a pesar de esta cierta identidad teórica lograda, si se suman a la arena de la epidemiología social algunos desarrollos de la epidemiología anglosajona como los antedichos, se evidencian criterios que difieren en algunos aspectos. Por ejemplo, entre otros, en cuanto a la elección del concepto de *causa* o de *determinación*, en el empleo de los conceptos fundamentales para la conducción de investigaciones y en relación al nivel de análisis de los estudios (individual o colectivo) (Barata, 2005: 10).

## CAPÍTULO II

### CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA-OBJETO

#### SUPUESTOS TEÓRICOS INICIALES

El defecto fundamental de todo el materialismo anterior – incluido el de Feuerbach – es que sólo concibe las cosas, la realidad, la sensoriedad, bajo la forma de *objeto* o de *contemplación*, pero no como *actividad sensorial humana*, no como práctica, no de un modo subjetivo.

De aquí que el lado activo fuese desarrollado por el idealismo, por oposición al materialismo, pero sólo de un modo abstracto...

Karl Marx. *Tesis I sobre Feuerbach*.

Pero la realidad se burlaba vuelta a vuelta, porque la realidad se escabulle de fórmulas anodinas.

Juan Filloy. *¡Estafen!*

A pesar de la definición explícita de su objeto de investigación en un nivel colectivo-poblacional, se ha señalado que la epidemiología, a través del empleo del raciocinio inductivo-estadístico (A. Filho, 1992a: 17, 32) trata a la población como una “construcción estadística...soporte de variables” donde los individuos son transformados en “unidades estadísticas independientes” (Goldberg, 1994: 98). Este tratamiento se da a través de la “agregación estadística de datos individuales...yuxtaponiendo a las sumatorias de morbimortalidad los llamados ‘factores socio-económicos’, para demostrar relaciones de asociación estadística” (Breilh, 1988: 43). Determinados atributos o características, las variables, son estudiados en individuos y conjuntados para su análisis en un «agregado». Pero éste surge como mera sumatoria de unidades individuales, los «casos», sin un abordaje del nivel de organización de la realidad hacia donde se extrapolarán los resultados o conclusiones de las investigaciones. En otras palabras un aspecto no suficientemente considerado parece ser la dinámica y los efectos del grupo o colectivo de pertenencia, concebido como nuevo orden o totalidad, sobre el «caso», orden con nuevas reglas de determinación, *en* los cuales y *a través* de los cuales *también* se producen y manifiestan algunos procesos o fenómenos como la subjetividad. Esta deficiencia en el raciocinio empleado por la epidemiología, a su vez, está fuertemente anclado en epistemologías positivistas e idealistas que suelen reificar y dicotomizar los hechos posibles de

---

conocimiento, generando oposiciones irreductibles en nuestras concepciones y visualizando los procesos como cosas estáticas. En efecto, al realizar un primer acercamiento podemos observar que cuando se intenta pensar en el tema que nos ocupa usualmente aparecen en escena las nociones de «subjetividad» y «objetividad» como opuestas, de manera tajante y sin ningún movimiento o instancia de mediación entre ellas. Pues para la ontología tradicional, de base positivista, a la que también podría llamarse conjuntista o newtoniana (Samaja, 2000: 27), si se pretende llegar a un conocimiento científico, es decir «objetivo», debe deshecharse lo «subjetivo» en las dos instancias que quedan constituidas: tanto del lado del sujeto investigador como del objeto investigado. De ahí que este procedimiento obturaría la posibilidad de investigar y comprender en qué consiste y cómo opera la subjetividad en los procesos de salud-enfermedad-atención colectivos. Esta mutilación de la dimensión subjetiva, de índole ontológica y epistemológica, da lugar a una reducción que se manifiesta de diversas maneras.

Por un lado se produce una *simplificación* o lo que podríamos llamar reducción *tópica*, al no contemplarse todas sus dimensiones integrantes ya que cuando en epidemiología se utiliza esta noción suele aludir a la *conciencia* o a la *conducta* sin integrar aspectos o instancias necesariamente constitutivas como lo *inconsciente*. En segundo lugar se verifica lo que podría llamarse «aplanamiento» o reducción *óptica*, al considerarse únicamente lo subjetivo en el nivel individual de definición/ explicación/ transformación de los problemas. Y por último una *substancialización* o reducción *a-dialéctica*, entendido esto como la tendencia a considerar una realidad compleja y procesual como un conjunto de sustancias o entes discretos o aislados, sin interacción con otros entes, y estáticos. Se perdería así toda su potencial riqueza como fenómeno complejo y como potencial concepto mediador en el campo epidemiológico. La idea de subjetividad pensado como mediador,<sup>10</sup> es decir, la posibilidad de operar como articulador lógico y operativo entre las categorías generales más amplias del campo como la *reproducción social* por un lado, y las formas diferenciales de distribución de la salud-enfermedad en los grupos humanos por el otro, podría significar un avance en el plano teórico-conceptual de la epidemiología y en las posibilidades de investigación de la situación de salud.

---

<sup>10</sup> Una definición posible de mediación puede ser la manera de *especificación* de la determinación, en tanto la forma en que lo general (condicionantes económicos y de la reproducción social) se *expresa* en lo particular y específico (las condiciones de salud). Cfr. Breilh, J., 1990: 13-14.

Para trillar esa senda se explora la producción teórica de algunos autores representantes de la epidemiología social latinoamericana referida al tratamiento dado a la noción de subjetividad, indagando de manera crítica los avances, las dificultades y los obstáculos existentes a la hora de lograr su conceptualización en la comprensión de los problemas de salud enfermedad colectivos.

Un paso necesario en esta investigación fue interrogar los procesos de substancialización y dicotomización antes señalados. Para ello se aprovecharán los trabajos del filósofo y epistemólogo argentino Juan Samaja, quien ofrece sustantivos puntos de apoyo en el tratamiento de la temática abordada en el contexto del campo de las ciencias de la salud. Atendiendo a la importancia de la subjetividad y trabajando con el concepto de Sistemas Complejos Adaptativos o con Historia, el autor invita a pensar en términos dialécticos la relación entre los distintos estratos del ser en lo que llama *ontología estratigráfica* y los procesos semióticos y representacionales que permitirían comprender “el puesto del momento subjetivo en la realidad” (2004:161), reconociendo asimismo la enorme dificultad que representa el tratamiento e investigación de la dimensión subjetiva para este campo.

Tal como se hacía referencia en la Introducción de este trabajo de investigación, la posibilidad de la identificación de un hecho o el reconocimiento cabal de un problema está condicionado en cierta medida por la disposición de herramientas conceptuales adecuadas para su abordaje teórico. De aquí la importancia de los conceptos para el estudio de los problemas en el ámbito científico y el caso de la subjetividad para la epidemiología no es una excepción.

Para comenzar a avanzar en la consideración del tema de investigación y a modo de definición inicial podríamos decir que subjetividad refiere una cierta capacidad para *significar* los hechos o fenómenos de la realidad. Es decir, la existencia de una instancia de subjetividad implica el reconocimiento de procesos *perceptivos*, *representacionales* y de *significación*, frente a una realidad cuyo significado dicha instancia subjetiva *ha contribuido* a realizar y, en última instancia, a producir. Una realidad *preexistente* pero que se *moldea* y *(re)define* a partir de la apropiación activa de ella y no como mero reflejo, pasivamente. Subjetividad comporta así la idea de la *actividad* propia de determinada instancia, que se denomina *sujeto*, sea este individual o colectivo. Pero actividad de

representación y significación que está enmarcada y posibilitada por las condiciones y modo de vida de dicho sujeto. Este postulado es un intento de desmarcarse de las tesis extremas en este punto: por un lado el idealismo/ subjetivismo para el que la realidad es sólo una creación de la mente humana y no existiría sin su presencia; y por otro el materialismo “vulgar” y el empirismo, que a pesar de sus diferencias comparten la convicción epistemológica de que la “realidad” material es un hecho objetivo anterior a toda instancia o presencia subjetiva, a la cual determina de manera lineal, mecánica, y logrando existencia en ésta como mero reflejo. Ambas concepciones coinciden en el tratamiento lineal, unidireccional y sin ningún movimiento de mediación entre los dos «polos» o «momentos» de la relación o unidad.

A los fines de esta investigación, se parte inicialmente de considerar a la subjetividad no como un hecho o fenómeno estático sino como un *proceso* que tiene lugar en la existencia de los individuos y colectivos humanos, en tanto se desenvuelve en ambos niveles, distinguiéndose los momentos correspondientes a ambas instancias; pero también como una noción en vías de conceptualización, es decir que debe ser suficientemente desarrollado a partir de las *nociones pre-existentes*. Este concepto debería dar cuenta de la complejidad y riqueza de dicho proceso, al que intenta describir, comprender y explicar.

Por ello es que en una investigación como la presente lo conceptual adquiere un lugar importante y el empleo de los conceptos debe ser explicitado de manera insoslayable, como un paso en el intento de no deslizarse hacia “fórmulas anodinas”.

Interesa destacar el rol de los conceptos como mediadores, entre el ser humano y el mundo que habita y produce, y fundamentales para lograr su inteligibilidad y la cohesión de las prácticas individuales y colectivas.

A lo largo de esta investigación se alude a la subjetividad preferentemente a través del término *noción*. Esto obedece a una distinción que puede establecerse entre tres formas o momentos del proceso de elaboración de conocimiento: *noción*, *concepto* y *categoría*, los cuales usualmente son utilizados de manera equivalente. De las varias maneras posibles de entender la significación y el rol de estas herramientas científicas, seguiremos la que nos propone Maria Cecília de Souza Minayo (1996). Para esta autora (op. cit.: 93) las nociones son los “elementos de una teoría que aún no representan claridad suficiente y son usados como ‘imágenes’ en la explicación de lo real”, representando “el camino del pensamiento”,

la relación entre “la *experiencia* y la construcción del conocimiento...Todo saber está basado en *preconocimiento*, todo hecho y todo dato *son ya interpretaciones*, son maneras que tenemos de *construir* y *seleccionar la construcción de la realidad*.” (cursivas nuestras). Desde esta concepción el elemento más básico, más primigenio del camino de construcción del conocimiento sobre la realidad, la noción, es ya una interpretación. Es decir: no hay datos puros, todo dato es ya una construcción «preñada» de información y, porqué no, aún de ideología. Samaja (2001: 13-14), al analizar las “categorías puras del intelecto” de Immanuel Kant, escribe: “El mundo, la realidad podrán ser lo que sea, pero cualquier cosa que sea en cuanto a sus contenidos, lo que logremos pensar será el resultado de tales contenidos, en la *forma* en que nuestro intelecto pueda considerarlos”, o sea, intelecto-categorías-contenidos con los cuales y a través de los cuales otorga sentido y torna inteligible, “formatea”, podría decirse, la realidad.<sup>11</sup> A pesar de que el término utilizado por Kant, y rescatado por Samaja en esta formulación, sea “categoría”, es evidente que sirve igualmente a los fines que se le pretende dar aquí al avanzar en la definición de *noción* en tanto expresa uno de los momentos del proceso de pensamiento para operar e interactuar con una realidad que se pretende conocer o, para utilizar una metáfora quirúrgica, “disecar”.<sup>12</sup>

El Concepto, por su parte, representaría un grado mayor de elaboración. Minayo apunta que concepto deriva etimológicamente de concepción, lo que es concebido, y por ello “está vinculado con la subjetividad”, definiéndolo en tanto “Unidades de significación que definen la forma y el contenido de una teoría” y como “operaciones mentales (que) reflejan cierto *punto de vista* respecto de la realidad, pues focalizan determinados aspectos de los fenómenos, jerarquizándolos”, siendo “un camino de ordenación de la realidad...y al mismo tiempo de *creación*” (op. cit.: 92-93. Cursivas nuestras). Según esta propuesta los conceptos, tanto como las nociones, no son neutrales, canalizan un “punto de vista” de

---

<sup>11</sup> Como se verá más adelante en el capítulo nueve, parece mucho más promisorio el análisis de la triplicidad dialéctica del concepto-realidad (universalidad/ particularidad/ singularidad), como lo propone el propio Samaja siguiendo a Hegel, que esta operación de «formateo kantiano» que se desliza peligrosamente por la pendiente de la “recaída en la inmediatez”. Ver infra, pág. 128-130.

<sup>12</sup> “Es preciso entender que no disecamos con un cuchillo, sino con conceptos”. Lacan, J. 1986: 12.

determinado actor. Además de la función de organización u orden, aparece este aspecto *performativo* del concepto sobre la realidad, la capacidad de «creación» de ésta por aquel.<sup>13</sup> Por último, y en lo que podría postularse como fruto de un camino de elaboración «ascendente», figuran las categorías, que pueden considerarse los conceptos fundamentales, o, para utilizar una imagen arquitectónica, las vigas maestras dentro de una teoría y tienen un fin clasificatorio (Minayo, op. cit.: 93).

El presente estudio se orientó a través de la necesidad de identificar y discutir cuáles son las nociones con las que la epidemiología social latinoamericana ha abordado la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-atención, al partir de la suposición de un grado de conceptualización aún insuficiente de la *subjetividad*. Se propone, en esta indagación, la producción de conocimiento que aporte a la comprensión sobre la manera en que interviene la dimensión subjetiva en la producción/ reproducción de los problemas de salud colectivos. En consonancia con esto, se aspira a identificar algunas propuestas teórico-metodológicas que posibiliten a la disciplina epidemiológica investigar la subjetividad ligada a los problemas de salud-enfermedad a los fines de brindar elementos cognoscitivos para lograr una mayor capacidad de resolución de los padecimientos en el ámbito de la salud pública.

## SUPUESTOS TEÓRICOS INICIALES

. La subjetividad no goza del reconocimiento que permita investigar su importancia en la producción-reproducción de los problemas de salud-enfermedad en tanto una dimensión constitutiva de los mismos.

---

<sup>13</sup> Aunque, podría acotarse, capacidad *relativa*. Para ilustrar este aspecto, he aquí una bella estrofa de *El Golem*, de Borges: “Si, como el griego afirma en el *Cratilo*,/ el nombre es arquetipo de la cosa/ en las letras de rosa está la rosa/ y todo el Nilo en la palabra Nilo.” Claro está: estos versos patentizan la concepción de los que tercián a favor de la capacidad del discurso en la creación de la realidad, del nombre como “arquetipo de la cosa”, la “construcción discursiva del objeto mismo” como propugnan algunos defensores de las Teorías del Discurso (Laclau, E. Prefacio al libro de S. Žižek, 1992) o en otras palabras “el proceso de nominación de los objetos (como equivalente) al acto mismo de la constitución de estos (Ibidem). Estos argumentos se esgrimen al calor de la discusión en el campo de la lingüística y las teorías del discurso entre “descriptivistas” y “anti descriptivistas”, tema que obviamente excede los límites de esta investigación. Para una presentación sucinta de ambas posiciones, puede consultarse *El sublime objeto de la ideología* (Žižek, 1992: 127-138). Y para una “puesta en escena” de la confrontación entre las posturas antedichas, el debate entre Ernesto Laclau y Roy Bhaskar (Laclau, E. & Bhaskar, R. *Discourse Theory vs Critical Realism*, S/f. En [http://www.journalofcriticalrealism.org/archive/ALETHIAv1n2\\_laclau9.pdf](http://www.journalofcriticalrealism.org/archive/ALETHIAv1n2_laclau9.pdf). Acceso el 12/02/2005).

- . El abordaje de la dimensión subjetiva de los problemas de salud-enfermedad colectivos aún no ha logrado una sistematización teórico-metodológica en la epidemiología social latinoamericana.
- . El empleo de la noción de subjetividad es problemático y dificultoso en el campo investigado.

### **CAPÍTULO III**

#### **ESTRATEGIA METODOLOGICA**

Dicen que yo soy un hombre que busca. Pero yo no busco, encuentro.  
Pablo Picasso

El que busca encuentra  
Proverbio popular.

#### **OBJETIVOS**

. Analizar críticamente los desarrollos conceptuales-metodológicos con que la Epidemiología Social Latinoamericana ha abordado la noción de subjetividad.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

. Identificar y analizar los modos de interpretar la noción de subjetividad desde la perspectiva de autores seleccionados referentes del campo de la Epidemiología Social Latinoamericana.

. Describir las propuestas teórico-metodológicas para el abordaje de la dimensión subjetiva en los procesos de salud-enfermedad-atención colectivos.

El presente trabajo adopta el diseño de una investigación de carácter exploratorio y descriptivo que se lleva a cabo a través de una estrategia metodológica de tipo cualitativa, sustentada en la revisión de fuentes documentales. El acceso a las fuentes adquirió una modalidad dirigida y a la vez emergente (Valles, M., 1997: 76-78) en el cual el plan original de la investigación fue tratado con la flexibilidad y apertura suficiente para permitir diversos ajustes a medida que avanzaba el trabajo y en donde la búsqueda, lectura, clasificación, jerarquización y análisis de la información se sucedieron y superpusieron en varios momentos. Esta combinación de modalidades dirigida y emergente, que se desarrollaron como actividades secuenciales, se debió a que la investigación desde su origen estuvo orientada por los objetivos propuestos, pero también fue condicionada por las posibilidades fácticas de la investigación y por los propios intereses de quien realizaba el estudio.

En la etapa exploratoria para la temática del trabajo se realizó una lectura de material documental de manera amplia, no restrictiva. Dicho material se conformó a partir de la lectura de los principales textos teórico-metodológicos del campo, así como de una búsqueda en documentos informatizados de referencia bibliográfica de publicaciones nacionales e internacionales indexadas electrónicamente en la Biblioteca Virtual em Saúde, dependiente del Centro Latinoamericano da Imformação em Ciências da Saúde. Este último conjunto de fuentes fue seleccionado y organizado a partir de los descriptores temáticos *subjetividad* y *epidemiología* y sirvió para un primer acercamiento al campo seleccionado en la investigación. Este primer acercamiento afianzó la presunción de que la temática elegida es harto compleja y que las investigaciones que tratan este tema son relativamente escasas, que no son de fácil acceso, y que el material de referencia no se halla centralizado o agrupado sino más bien disperso y poco sistematizado.

También se realizaron en la fase exploratoria del estudio entrevistas a algunos autores con conocimiento en el tema investigado en relación con la epidemiología o con la salud pública, a quienes se consideró informantes calificados. Las mismas sirvieron para lograr una mejor intelección sobre el abordaje a realizar. Los entrevistados fueron los argentinos Silvana Weller y Emiliano Galende, y los brasileños Luis David Castiel y José Ricardo Ayres.

La investigación contempló una reflexión previa sobre la subjetividad de índole epistemológica en relación a la epidemiología y la salud colectiva, con base en dos autores con reconocida trayectoria en esta área y con la intención de aprovechar insumos teóricos valiosos para las ciencias de la salud y la epidemiología: Juan Samaja y Luis David Castiel. En cuanto a las fuentes de información documental se definieron a partir de la selección de los principales textos teórico-metodológicos de tres autores referentes seleccionados en el campo de la Epidemiología Social Latinoamericana, Jaime Breilh, Pedro Luis Castellanos y Naomar de Almeida Filho, con el propósito de recuperar y analizar el desarrollo conceptual de las nociones existentes para la comprensión de la dimensión subjetiva de los problemas de salud-enfermedad-atención colectivos así como las propuestas metodológicas existentes para su abordaje. El corpus analizado del trabajo lo conforman los textos consultados de los tres autores seleccionados antedichos. Se analizaron 18 textos en formato de libros, artículos, mimeos y borradores de trabajo, que se ubican en el período entre 1980 a 2004,

lo que implica un recorrido crítico sobre la obra de los autores a la que *pudo* accederse para analizar la evolución del tratamiento dispensado al tema investigado por cada autor. La elección de los tres autores sobre los que se realizó el análisis estuvo determinada por su lugar reconocido en la producción y difusión de conocimiento en el campo de referencia, pudiendo considerarse su obra como ineludible en el ámbito investigado. Esto, por supuesto, no excluye la presencia de otros investigadores de renombre en el campo de marras.

Los documentos fueron las fuentes básicas de información a las cuales se hizo «hablar» a partir de una serie de preguntas. En ese sentido seguimos los señalamientos apuntados por Glaser y Strauss, quienes observan las similitudes entre el trabajo de campo (con el material obtenido mediante entrevistas) y las fuentes documentales: al analizar éstas, “el investigador está rodeado de voces susceptibles de ser escuchadas...(en ellas)...la gente conversa, anuncia posiciones, presenta argumentos con un grado de elocuencia, y describe eventos o escenas en forma enteramente comparables a lo que puede ver y oír durante el trabajo de campo. El investigador necesita sólo descubrir esas voces en la biblioteca y liberarlas para el uso analítico.” (Glaser y Strauss, 1967, Cap. VII).

El análisis del material se llevó a cabo en dos pasos. En primer lugar se realizaron determinadas preguntas a las fuentes representadas por el grupo de documentos de cada autor seleccionado, procediendo a sintetizar y sistematizar la información construida en una matriz de análisis. Los ejes ordenadores de este análisis fueron: 1) Abordaje de la noción subjetividad; 2) Línea teórica/ marco conceptual del texto; 3) Categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos). Los últimos dos ejes permitieron definir y analizar el contexto del tratamiento de la subjetividad.

La “Matriz de análisis” quedó construida de la siguiente manera:

| <b>Matriz de análisis</b> |                     |   |  |   |
|---------------------------|---------------------|---|--|---|
| <b>Texto</b>              | <b>Presentación</b> | <b>Abordaje de la noción subjetividad</b> | <b>Línea teórica/ marco conceptual del texto</b> | <b>Categorías/ conceptos utilizados en el texto</b> |
|                           |                     |   |  |   |

En segundo lugar se realizó un análisis de conjunto de la evolución de los desarrollos y propuestas de cada autor, organizándolo asimismo por medio de tres ejes: 1) Desarrollo y consideraciones sobre la epidemiología crítica, 2) acerca de los modos de concebir la subjetividad, y 3) acerca de las posibilidades de estudio de la subjetividad. Este análisis permitió resumir la abundante cantidad de material relativa a la temática en la obra de cada autor, así como sistematizar en términos comparativos las nociones y el tratamiento dado a la subjetividad por cada uno. Finalmente, para facilitar la identificación de los puntos de coincidencia y articulaciones posibles así como las diferencias, se integró este análisis en un cuadro comparativo.

## **CAPÍTULO IV**

### **EPISTEMOLOGÍA DE LA SUBJETIVIDAD: APROXIMACIÓN ONTOLÓGICA Y EPISTEMOLÓGICA DE LA SUBJETIVIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD Y DE LA EPIDEMIOLOGÍA.**

...aquello a partir de lo cual han sido posible conocimientos y teorías...el campo epistemológico, la *episteme* en la que los conocimientos...hunden su positividad y manifiestan así una historia que no es la de su perfección creciente, sino la de sus condiciones de posibilidad...  
Michel Foucault. *Las palabras y las cosas*.

En este capítulo se analizan las reflexiones de orden epistemológico realizadas en el campo de la salud por dos autores: Juan Alfonso Samaja y Luis David Castiel. Ambos se han dedicado a discutir con profundidad a los aspectos epistemológicos y conceptuales de la salud reservándole entre ellos un papel destacado a la subjetividad.

Si la noción de Epistemología deriva etimológicamente de *episteme*, término griego que aludía al saber más elaborado, y de *logos*: estudio, cabe preguntarse: ¿Cuál es el objeto de la Epistemología? De manera sucinta podría plantearse que consiste en el estudio filosófico de ese tipo especial de conocimiento que llamamos ciencia. O que la epistemología se ocupa del estudio de “una porción de los campos del conocimiento: el campo de los conocimientos científicos” (Samaja: 2004: 43). Proponer una reflexión epistemológica del objeto de estudio implica analizar de que manera el uso del término subjetividad se construye y adquiere significado en un campo científico determinado, es decir de que modo se dan, al decir de Foucault, las “condiciones de posibilidad” para hablar y pensar sobre la subjetividad en el campo de la Epidemiología.

El análisis se organiza alrededor de tres ejes iniciales: en primera instancia se recupera el abordaje ontológico de la cuestión subjetiva y la/s concepción/es derivadas de éste; luego se analiza cuál es el nivel de análisis en el que sitúa sus reflexiones; por último se explora en las propuestas metodológicas derivadas de sus desarrollos teóricos, donde se destaca su propuesta de dialéctica de matrices de datos. Se realiza luego asimismo un análisis de las reflexiones y propuestas de orden epistemológicas de Luis David Castiel sobre este tema.

## Juan Alfonso Samaja: la “ontología estratigráfica” o la propuesta de una dialéctica de la complejidad como marco para el estudio de la subjetividad.

En el curvo universo de la gota  
Cabe la entera perfección del llanto...  
Lily Canals. *Las cosas del Fuego*.

...donde el fuego no se apaga nunca.  
Astul Urquiaga. *Vengo del Rancho*.

Este filósofo argentino abocado a la investigación de los problemas del campo de la salud, y muy fundamentalmente a reflexión sobre sus aspectos epistemológicos y metodológicos, se reconoce en la tradición de la dialéctica a la cual ha intentado enriquecer a partir de un diálogo estimulante con el llamado *pensamiento complejo* o *paradigma de la complejidad*, que goza actualmente de afamado reconocimiento en el ámbito de las ciencias.

Fiel a uno de sus conceptos predilectos, el *aufhebung* hegeliano, también su producción escrita evidencia el proceso de supresión-superación que da cuenta del trabajo de avance teórico.

En la indagación de los textos en los cuales Samaja desarrolla con más dedicación y profundidad sus ideas acerca del tema investigado, empleamos como base el análisis emprendido en su último libro publicado, en el que retoma y actualiza muchas de las reflexiones elaboradas en sus trabajos anteriores.

El texto en cuestión, *Epistemología de la Salud. Reproducción Social, subjetividad y transdisciplina* publicado en el año 2004, se organiza a partir de cuatro “núcleos” originales. La I Parte se basa en “*Fundamentos Epistemológicos de las Ciencias de la Salud*” (2004) correspondiente a su Tesis de Doctorado, aún inédita; “*La Reproducción Social y la relación entre la Salud y las Condiciones de Vida*”, originalmente una monografía subsidiada por OPS de 1994 en la cual se basa la II Parte; el texto “*Esquemas para una Epidemiología de la Salud Mental (Subjetividad y Metodología)*”,<sup>14</sup> constituye el sustento inicial para la III Parte; y por último una carta dirigida a alumnos de un curso de

---

<sup>14</sup> Ponencia presentada en las I Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA en el año 1988/1989 y publicado en el año 1994 (Samaja, 1994).

Postgrado, opera como pivote sobre el que se desarrolla la IV Parte que culmina el texto analizado.

Samaja va a construir su propuesta en base a un modelo para abordar con mayor potencia heurística los problemas referentes a la salud. Sostiene que uno de los obstáculos para el abordaje y resolución de los problemas presentes en este terreno es que en los presupuestos que subyacen a la configuración del objeto salud se dejan de lado dimensiones constitutivas del mismo, lo cual lo lleva a una reflexión de orden ontológica. Como se apuntó antes Samaja se reconoce en el linaje de la dialéctica incorporando a sus reflexiones el bagaje teórico del llamado pensamiento complejo. Una consecuencia de ello es que el modelo construido aspira a la *totalización*, a una especie de teoría general sobre la salud. Sin entrar a analizar este punto, que escapa a los objetivos de esta investigación, sí puede decirse que en esta perspectiva los distintos elementos presentes en el modelo u ontología propuesta adquieren sentido y potencia en términos relacionales, es decir como formando parte del todo y en relación a sus demás elementos constituyentes. Por este motivo el análisis de la subjetividad en Samaja requiere de la presentación, al menos en sus líneas más generales, de lo que denomina “ontología estratigráfica”.<sup>15</sup>

Cabe ahora la pregunta: ¿Cuál es el papel de la ontología? Esta se fija la tarea de responder a la pregunta *¿qué hay (en el mundo)?* (2004: 201). Y la respuesta que brinda Samaja es: cosas, sujetos, reglas. Las cosas como puro ser actual, la pura facticidad o presencialidad. Los sujetos como tensión existencial, apetencia, (sentir la) diferencia. Las reglas como la sintaxis y lo normativo (op. cit.: 210 y 230). Las tres son necesarias, dice, para comprender y abarcar el complejo objeto de la salud.<sup>16</sup> Con estos fundamentos propone una “ontología estratigráfica” como marco general para comprender la salud y dentro de ella los procesos subjetivos. Y como la única que permitiría entender la existencia de determinado ser o sistema complejo adaptativo<sup>17</sup> producido en un movimiento “ascendente”, de *génesis*, y cuyas partes producen una totalidad que luego, en términos lógicos, *regulará* el

---

<sup>15</sup> A la cual el autor también llama “ontología de la complejidad” (Cfr. Samaja, 2000: 28).

<sup>16</sup> La IV parte desliza otra pregunta: ¿Es posible una transdisciplina? Para el autor la Semiótica representa una “metadisciplina” cuyas dimensiones disciplinarias (la semántica, la pragmática y la sintáctica) brindan las herramientas para el abordaje científico de los tres componentes del objeto salud descriptos más arriba y puede sentar las bases de una perspectiva transdisciplinar de la salud.

<sup>17</sup> Estos serán denominadas indistintamente a lo largo del texto como *Totalidades Complejas con Historia* o *Totalidades Comunicacionales*, o *Comunidades Representacionales*.

funcionamiento de aquellas partes en sentido “descendente”.<sup>18</sup> Se dispone a tratar a través de dicho marco los hechos de la salud-enfermedad como parte de los problemas suscitados en el proceso de *reproducción social*. El carácter “estratigráfico” de la sociedad implica que una esfera o estrato es despojada de sus funciones secundarias por la esfera ulterior o superior que la remodela o resignifica y (le) pone condiciones de frontera (op. cit.: 99). Esta sucesión, que tiene lugar mediante un proceso de *aufhebung*<sup>19</sup> traduce el arduo y prolongado proceso por el cual la humanidad se ha ido conformando, constituyendo epigenéticamente.<sup>20</sup> A la vez, cada miembro de dicha humanidad debe formarse, generarse, individualmente, repitiendo, recapitulando, en su singularidad, dicho proceso en una ontogénesis. Aquí se presenta un primer acercamiento al tratamiento más específico de la subjetividad: al finalizar dichos procesos epi y ontogénéticos podrán reconocerse distintas *individualidades* o *identidades* correspondientes a cada uno de los estratos que conforman el sistema complejo con historia, a saber: una individualidad o identidad *biocomunal*, una *cultural*, una *ciudadana*, y una *societal* (op. cit.: 103). A partir de este razonamiento se sostiene que la identidad del ser humano es una “*unidad de identidades diferentes*; esto es una *identidad concreta*... dando lugar a *distintos niveles de subjetividad* en su subjetividad total” (op. cit.: 104). Pero a la vez este desarrollo apunta a instalar las condiciones para comprender la subjetividad en tanto dimensión o instancia del propio objeto. Cosas, sujetos, reglas, entonces, como los elementos necesarios para una aproximación ontológica al objeto de la salud. Las consecuencias están a la vista: la enfermedad debe ser entendida no sólo como hecho-cosa o hecho-efecto sino también como hecho-narración, presentando entonces la patología carácter de *significación*, esto es, carácter *narrativo*. Luego, los problemas de salud-enfermedad podrían ser identificados en el marco de procesos comunicacionales en tanto *construcción de sentido*, en los cuales la narración o la

---

<sup>18</sup> En este doble movimiento reside la concepción samajiana de la *determinación*: del todo hacia las partes, en el momento de la reproducción, y de las partes hacia el todo, en el momento de producción de una (nueva o emergente) totalidad o “totalización”. El movimiento dialéctico representado por esta categoría ha sido tratada con detenimiento en Samaja, 1999: 111-116.

<sup>19</sup> El concepto de *aufhebung* ha sido empleado por Samaja en distintos momentos de su obra. En el contexto que se emplea aquí puede ser definido brevemente como la supresión/ conservación/ superación de un estrato o momento de un ser por otro más rico y complejo, de mayor nivel de integración, que regulará como momento reproductivo, de manera “descendente”, toda la cadena de procesos de la reproducción, tanto biológica como comunitaria, societal y civil.

<sup>20</sup> El autor utiliza este término procedente de la embriología en el sentido que le otorga G. Bateson: “génesis a partir de un *statu quo ante*”. Es decir “el desarrollo por estadios, en el que cada estadio nuevo se construye sobre los estadios anteriores” (Cfr. Samaja, 2004: *Glosario*, pág. 136-137).

“discursividad esperada de la vida” es interrumpida “por circunstancias... susceptibles de ser interpretadas y no sólo computadas” (op. cit.: 170). El objeto de la salud puede incorporar entonces en su seno la idea del bien o valor, un *deber ser* y no meramente un *ser* o cosa. La salud no es la normalidad, sino la “capacidad de ser normativo” (op. cit.: 38), mientras que la enfermedad sería “la negación de un estado deseable” (op. cit.: 32-34). “Ser y deber ser, esa es la cuestión”, parecería decir Samaja: lo que *es* es en tanto está posibilitado por su *deber ser*. El ser de un nivel debe ser evaluado conforme el ser del nivel superior, lo que constituye entonces su *debe ser* (op. cit.: 32) correspondiente al plano normativo. Esta evaluación es una de las maneras de presentar la subjetividad, en este caso bajo la forma de *imputación* o *valoración*. Hablar de la salud como un valor significa incorporar la idea de una instancia que evalúa, valora, imputa, sobre otra instancia, las que representan planos diferentes del mismo objeto o realidad. El orden del *ser* contempla cosas y causas, y se aborda mediante juicios descriptivos. Mientras, el orden del *deber ser* contempla representaciones o significados, y habilita el empleo de conceptos valorativos (op. cit.: 34-37). Identificar la subjetividad a través de las nociones de *bien*, *valor/valioso*, *deseable*, *preferencia*, *normatividad*, señalan la necesidad lógica de «alguien» o «algo», de una instancia que valore, que «prefiera», que sea potencialmente normativa, formando parte a la vez de los propios hechos de salud que son analizados. La subjetividad no es «algo» en los términos que podría connotarse una cosa, y mucho menos algo estático, sino un *momento* en la realidad investigada, siendo una instancia interna a la jerarquía estructural, y *relativa* a cada una de las interfaces (op. cit.: 151). Entonces, la acción real de un individuo se desdobra como acción de dos mundos: del mundo del *ser* y del mundo del *deber ser*.<sup>21</sup> Así las conductas o cualquier fenómeno o producto psíquico pueden pasar de ser *cosas* a ser considerados *hechos significantes* con intencionalidad o momentos de una cadena de determinaciones que existen solo *après coup*, respecto a un fin desde el cual una cadena es significada, remitiendo entonces toda conducta o hecho psíquico a la categoría de *función* o de *representación* (op. cit.: 151), esto es los “conceptos valorativos” referidos anteriormente. Pero es necesario confrontar estas reflexiones con el tratamiento ontológico

---

<sup>21</sup> Entre estos planos del ser de diferente nivel de integración, entre estos momentos constitutivos de la realidad se verifica una tensión que es abordada con mayor detenimiento por el autor en otro lugar (Samaja, 1997). Allí sostendrá que la tensión existente no se produce entre ser y deber ser sino “entre dos rangos del ser de distintas jerarquías” (1997: 14) o, dicho de otra forma, no entre “la norma y el hecho... (sino) entre dos hechos... de niveles jerárquicos distintos” (1997: 11).

que el autor despliega como fundamento de las posibilidades de una transdisciplina de la salud para despejar cualquier duda con respecto al lugar asignado al sujeto o a la subjetividad. Como se planteó más arriba, para una ontología “estratigráfica” como la propuesta por Samaja en el mundo existen *cosas, sujetos y reglas*. Y analizando el objeto salud propone considerar los planos del *ser y deber ser* como constituyentes. Las cosas corresponderían al ser, y las reglas (el plano normativo) al deber ser. El sujeto representa “la relación con la relación entre lo que *es* y lo que *debería ser*” (op. cit.: 204. Cursivas en el original). Es decir que el *deber ser* puede ser operante sólo a condición de que una instancia subjetiva pueda valorar o imputar según o desde una regla o normatividad, la que está garantizada únicamente por la existencia de una comunidad o totalidad.

La concepción de subjetividad en Samaja puede ser abordada de dos maneras distintas aunque imbricadas, siempre en el marco de los Sistemas Complejos con Historia: por un lado lo que podría pensarse como el *lugar, puesto o momento* de la subjetividad, y por otro lo que podríamos denominar los *modos* de subjetividad.

La cuestión del *lugar* del sujeto en el objeto/ realidad investigado es afrontada mediante las siguientes preguntas (op. cit.: 140): ¿es posible una *regulación* inherente al objeto mismo? O dicho de otra forma ¿es posible que un objeto se enfrente con una pauta que emerja de sí mismo y le permita ejercer una autorregulación tendiente a algún estado ideal? Seguidamente: ¿es posible que un sujeto sea objeto para sí?,<sup>22</sup> sugiriendo que a las categorías de *sustancia y relación* con las que tradicionalmente se predica sobre el objeto<sup>23</sup> debería agregarse la categoría *representación*, además de *intencionalidad y significación* (op. cit.: 140-142). El *lugar* de la subjetividad no es planteado en un sentido espacial sino como “momento subjetivo de la realidad” o como “lugar de la lectura de los bordes”. Estos bordes o límites corresponden a las “*interfaces jerárquicas*” ubicadas entre dos dimensiones o estratos del ser u objeto. Allí tiene lugar la tensión esencial entre dos órdenes que implican una “elección” para el sujeto<sup>24</sup> a partir de la pertenencia de éste a dos planos

---

<sup>22</sup> Siguiendo la lógica del desarrollo que se viene realizando la pregunta podría asimismo invertir los términos: ¿es posible que un objeto sea sujeto para sí?. El autor lo expresa más adelante: “¿Es posible la subjetividad en el corazón mismo de la realidad objetiva?” (2004: 142).

<sup>23</sup> Un tratamiento sistemático de estas categorías y de la clasificación de los juicios según sus formas es realizado en Samaja, 2001: 11- 42.

<sup>24</sup> Aquí sería pertinente apuntar, si se sigue rigurosamente el razonamiento de Samaja, que la tensión se da entre dos “identidades” o “individualidades” y cuyo resultado (por cierto conflictivo) es la subjetividad.

simultáneamente. La subjetividad será ubicada entonces de manera inequívoca, no en los estratos del ser complejo sino en las interfaces entre dichos estratos. Luego de este desarrollo el autor está en condiciones de enunciar la matriz o núcleo de su pensamiento sobre la subjetividad: “En la Interfaz Jerárquica de estas cuatro estructuras de diferente nivel de integración (organismo, familia, estado y sociedad civil) las acciones del organismo individual aparecen investidas de significados o valores... nunca en sí mismas, sino respecto de esa convivencia como miembro familiar, ciudadano estatal, o agente societal” (op. cit.: 146). Brevemente entonces: cuatro estratos y tres tipos de sujeto o subjetividad: familiar o comunal, estatal y societal (op. cit.: 118-120). Cabe señalar entonces que quedan diferenciadas implícitamente la noción de *individualidad o identidad* por un lado y la de *subjetividad* por otro. Esta última se genera, se produce en la tensión existente entre las distintas individualidades o identidades correspondientes cada una a cada estrato o nivel constituyentes del Sistema Dinámico. La idea de tensión también está presente, con una impronta psicoanalítica, cuando se alude al sujeto como falta, como “el lugar de tensión hacia el objeto” (op. cit.: 183).<sup>25</sup> Pensado en estos términos podríamos proponer a la subjetividad como la manifestación de una síntesis conflictiva entre las distintas identidades en pugna.<sup>26</sup>

La segunda forma de adentrarse en la concepción sobre la subjetividad de este autor son las expresiones o, lo que proponemos llamar los *modos* de la subjetividad. Estos son: *representación, regulación, valoración, significación, proceso semiótico, sentido, narración, fin interno, intencionalidad, comprensión, interpretación, narratividad, procesos narrativos o discursivos, acto intencional, acto de valoración o preferencia*, términos con los que intenta contornearla. Como se ve, estos modos son nociones equivalentes a las funciones de un estrato sobre otro y fungen como “predicados” de ese *deber ser*.

Samaja señala la aparente imposibilidad de reducir la salud a términos objetivos, a objetivarla. Esta sería la razón que entraña mayores dificultades a la investigación científica

---

<sup>25</sup> Falta que impele al sujeto a producir acciones con las cuales reparar, suturar, corregir determinado desvío en la “discursividad esperada de la vida”, en definitiva a la producción de una narratividad, y que determina que el sujeto no esté siempre “en la misma posición de deseo” (2004: 183).

<sup>26</sup> En otro contexto el autor aludió a los procesos subjetivos mediante la noción de “ligaduras funcionales” o “mecanismos de regulación” que surgen en las interfaces jerárquicas y que se representan “la totalidad en la que operan, transformando en signo lo que antes era pura facticidad” (Samaja, 2000: 28).

de los problemas relativos a la misma debido a la existencia de un presupuesto epistemológico en las ciencias de la salud que sostiene que los hechos de salud/enfermedad/ atención son hechos *objetivos* y abordables *objetivamente*. Podría destacarse que esta situación no es ajena a cierto derrotero verificado en la epidemiología. Es muy sugerente que esta disciplina que se propone investigar problemas de salud en un nivel «supraindividual», esto es de orden poblacional, haya conformado su objeto de estudio a partir del objeto clínico, coincidiendo con éste desde el momento que se definen y estudian *casos* de determinada enfermedad o fenómeno relacionado a la salud-enfermedad, el que posteriormente será sometido a un manejo estadístico mediante la constitución de agregados a ser analizados. ¿No es una paradoja que la objetividad presunta lograda por la identificación del *caso*, definido éste desde la potestad del saber clínico, representa la piedra de toque para la constitución del objeto que estudia la epidemiología, que se define o caracteriza por su abordaje del nivel poblacional, por «ocuparse» de lo colectivo? Pero a la par, como señala el autor, existe en el terreno científico un acuerdo creciente en que toda definición o identificación de un hecho de salud-enfermedad entraña una construcción valorativa, es decir una manifestación de un estado deseable o no según criterio del investigador o trabajador de la salud.<sup>27</sup> Siguiendo este razonamiento el texto propone el siguiente interrogante: ¿cómo podrían las ciencias de la salud, como Ciencias Positivas, pretender un abordaje científico de la salud si su objeto de estudio no es un hecho *dado* sino una construcción donde intervienen elementos «puestos», agregados, por quien investiga ese mismo objeto? (op. cit.: 140). Pero esta paradoja es solo presunta, continúa Samaja, ya que surge del “prejuicio positivista” que defiende la idea de que el *sujeto* es ajeno al mundo de los *objetos*, y cuya formulación sería la siguiente: lo regulado/ observado/ investigado es objeto, el que regula/ observa/ investiga es sujeto (ibid.). Consideramos que podría abundarse sobre este último señalamiento diciendo que las tendencias hegemónicas en la ciencia sólo conciben como digno de tratamiento científico lo que previamente fue reconocido como objetivo. Como corolario de esto queda cerrado el círculo perfecto de la tautología del abordaje de este tipo de ciencia reduccionista. Lo objetivo merecerá

---

<sup>27</sup> En este punto podría acotarse que este “estado deseable” también opera en la persona y en los grupos que padecen determinado problema de salud; pero dichos estados correspondientes al individuo y al grupo afectados, por una lado, y al investigador/ trabajador de la salud, por otro, no necesariamente coinciden.

tratamiento científico y lo científico deberá ser objetivo y para ello tendrá que «purgar», deshacerse del *elemento subjetivo*, ese «ruido» que amenaza la científicidad del proceso, que pretende colarse subrepticamente ante cada movimiento y acción del investigador para que quede finalmente como producto, pura e inmaculada, la piedra preciosa de la *objetividad*.

En resumen, el planteo gira alrededor de proponer a la subjetividad como instancia inherente al objeto mismo, como formando parte del propio objeto a investigar.

Con esta reflexión por la ubicación o lugar del sujeto el autor ofrece un basamento ontológico e intenta superar la histórica dicotomía de raigambre positivista y racionalista sobre el par *sujeto/ objeto* en tanto entes que se oponen excluyente y definitivamente uno al otro. Como justificación filosófica de tal empresa recupera una célebre frase de G.W.F. Hegel, quien, en el Prefacio de la *Fenomenología del Espíritu*, declaró: “Según mi modo de ver, que deberá justificarse solamente mediante la exposición del sistema mismo, todo depende de que lo verdadero no se aprenda y exprese como sustancia sino también y en la misma medida como sujeto” (op. cit.: 143).<sup>28</sup> El ser del fenómeno humano es para Samaja el resultado de un proceso formativo. La Realidad no es plana y homogénea, y compuesta por una suma de individuos aislados sino una *totalidad* o *comunidad histórica*.<sup>29</sup> Es ésta concepción la que le permite poder considerar un *acto intencional, de valoración o preferencia*. Todos estos términos traducen distintas acepciones o formas de la subjetividad. Todo proceso semiótico, de valoración o significación, pone de manifiesto no una relación causal sino una relación de imputación o convención, no un *ser* sino un *deber ser* (op. cit.: 145). En este contexto el término *relación* es empleado por el autor como equivalente a *determinación*. Dicho de otra forma: las acciones de determinado nivel son investidas de significados o valores según (desde) el estrato superior o contexto que, y es importante insistir en esto, *se originó* de aquel. Los juicios de valor dejan así de ser exteriores, formando parte del ser mismo. En este nivel de integración superior hallan su fundamento

---

<sup>28</sup> El autor ya había empleado este núcleo central del desarrollo de la dialéctica hegeliana en su obra *Semiótica y Dialéctica* (2000: 21) y anteriormente en *Introducción a la Epistemología Dialéctica*. Originalmente este último texto fue preparado para un Seminario organizado por la Universidad Iberoamericana de México en 1982, en Nicaragua, donde se encontraba en ese momento durante su exilio. Luego de 1983, año en que se repatrió, este texto se publicó como material de estudio de la II Cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica de la UBA, donde fungía como Profesor Titular.

<sup>29</sup> El “embrión” de este desarrollo ya había sido presentado en otro texto (Samaja, 1994) como se sostuvo más arriba.

los imperativos, los procesos semióticos e imputaciones, que el mismo ser desarrolla como capacidad comunicacional básica o *sensibilidad al contexto* (op. cit.: 147), que consiste en la orientación de las acciones de un ser vivo de acuerdo a lo que el medio espera de él. En el desarrollo del texto se observa que Samaja emplea el término *contexto* en dos sentidos: como estrato superior del ser complejo por un lado, y por otro como el medio con el que dicho ser interactúa, cuestión que abre las posibilidades a una interpretación dialéctica, “ascendente” del contexto, lo que es analizado más abajo.

Una vez descriptos los elementos orientadores del modelo puede incorporarse en el mismo una de las formas en las que el autor propone pensar la subjetividad. Dirá que cuando una acción del ser complejo con historia acaece en la interface o cruce entre dos niveles de integración distintos el actor (o “individualidad” o “identidad narrativa”) de cada nivel debe realizar una elección y queda sometido a una tensión entre lo que es necesario para la parte por un lado, y para el todo por el otro. En esa tensión o elección estriba gran parte de lo que el autor entiende por subjetividad.

En relación al nivel de análisis en el que realizan la reflexión sobre la subjetividad, esto es en que nivel queda ubicada esta, está presente la idea de una pluralidad o multiplicidad de sujetos, que el autor llama “tipos lógicos” de sujeto. En el texto se defiende la idea de la existencia de lo que podríamos llamar *dinamicidad* y *relatividad* del par sujeto-objeto al alegar que estos «polos» son “*funciones particulares* que cambian en cada situación concreta” y no representan “tipos absolutos de sustancias” (op. cit.: 164). Ubicar sujeto y objeto en tanto términos de un par dinámico, como funciones particulares, como partes o mejor *momentos* de una unidad o totalidad, en términos de proceso y de cambio, puede interpretarse como un intento de desmarcarse de las rígidas visiones sustancialistas con que usualmente se ha abordado la cuestión de la subjetividad en el campo de la ciencia en general y en el de las ciencias de la salud en particular. Retomando la idea sobre las diferentes *identidades* o *individualidades*, el texto insiste en que la subjetividad es una categoría *plural*. Pero a esta noción de pluralidad hay que comprenderla a la luz de la propuesta de una “jerarquía de tipos lógicos de sujetos”, fundamentada en la ontología estratigráfica (op. cit.: 165). Quedan así identificadas tres subjetividades, sujetos o “tipos de narratividad” relativamente autónomos (op. cit.: 166): una subjetividad del “miembro familiar” que corresponde a todo lo concerniente a la vida cotidiana en los ciclos biológicos

y psíquicos, en el marco de la vida familiar; luego una subjetividad del “actor político-estatal”, cuando comienzan a funcionar las regulaciones en el plano de la juridicidad, los valores patrióticos, de los valores sociales, etc.; y por último una subjetividad del “actor societal” que se verifica cuando entran en escena las regulaciones impuestas por las instituciones de la sociedad civil y el mercado.

Del análisis de este desarrollo puede extraerse la siguiente conclusión: el desempeño en cada uno de los estratos gesta, produce, y a la vez es permitido por, un tipo particular y específico de subjetividad. Pensando la subjetividad como categoría plural, debe despejarse entonces, la idea del sujeto como “unidad simple”, patrimonio de un “Yo único” (op. cit.: 164). Podemos ver aquí lanzada la propuesta de diferentes *sujetos* dentro de un mismo *sujeto*. Obsérvese en esta frase que en el primer caso la noción sujeto hace referencia a la subjetividad en tanto *narratividad*, mientras que en el segundo, sujeto es empleado en el sentido de individuo, de persona. Siguiendo el razonamiento del autor podemos concluir que este sujeto-individuo fungiendo en distintos estratos de la cotidianeidad producirá y a la vez encarnará una subjetividad o *narratividad* distinta que le permitirá desempeñarse en cada uno de ellos. La idea de producción apunta a manifestar la capacidad activa del sujeto en su propia producción y de las condiciones de su entorno, en tanto que el término «encarnar» que proponemos aquí alude a la noción de sensibilidad al contexto empleada por Samaja y comentada más arriba.

Al ser «reclamado» el sujeto por otro estrato, esto es al tener que actuar en el marco de otro orden o nivel de integración (recuérdese que el autor describe cuatro niveles o estratos) la tensión generada en la interface entre ambos estratos producirá, gestará, una subjetividad distinta, acorde a su vez a las necesidades y realidad de dicho nivel jerárquico. Este planteo permite concluir que la subjetividad no será patrimonio de un solo nivel de análisis sino que se producirá o manifestará en los distintos niveles donde opere el sujeto.

Si tuviéramos que resumir en una fórmula el mecanismo inherente a un ser complejo con historia podríamos sostener que *el propio ser complejo se regula a sí mismo a través de un momento u orden de mayor organización y en relación con el medio con el que necesariamente interactúa y al que demuestra sensibilidad en cuanto la orientación de sus*

*acciones*.<sup>30</sup>

En términos metodológicos la “Dialéctica de Matrices de Datos” ha sido presentada y desarrollada previamente en otros escritos<sup>31</sup> como uno de los insumos metodológicos para la investigación en salud. Es retomada en el presente texto enfocando su potencial aplicación en las cuestiones que atañen a la subjetividad (op. cit.: 176-178).

Dentro de esta propuesta importa la definición de las Unidades de Análisis para toda investigación. Todo dato implica, dice, cinco elementos o ingredientes lógicos básicos: unidad de contexto (UC), unidad de análisis (UA), variable (V), valor (R) e indicador (I). Y todo dato supone la existencia de, al menos, tres estratos del ser. La matriz de datos (MD) queda definida como el sistema constituido por esos cinco elementos o *funciones*<sup>32</sup>, organizados en los tres estratos antedichos, conformados como un tejido en el cual pueden entonces distinguirse tres niveles. Primero una Unidad de Análisis Focal, representado por la *sustancia*<sup>33</sup> del dato, por ejemplo un hecho como *hecho-narración* (vgr. una “conducta”). En segundo lugar un Nivel Inferior o Subunidades: los componentes de ese hecho-narración. Y por último un Nivel Superior (Contexto o Supraunidades): es la información del contexto en el cual se produce la que permite otorgar sentido a un dato (op. cit.: 176). Esto se representa de la siguiente manera (op. cit.: 178):

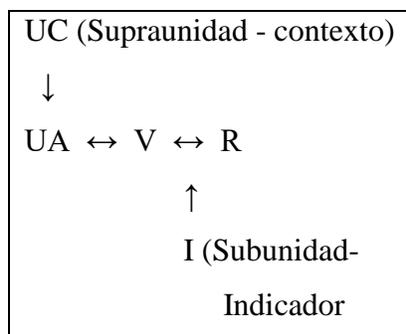
---

<sup>30</sup> En esta fórmula muy esquemática con la que pretendemos dar una imagen aunque sea aproximada de la compleja propuesta samajiana sobre una *ontología estratigráfica*, puede percibirse una posible articulación con los conceptos de *auto-organización* de H. Atlan, y de *acoplamiento estructural* de Maturana & Varela. Este último concepto es definido como la “compatibilidad o conmensurabilidad...entre la estructura del medio y de la unidad” investigada (ser vivo o sistema artificial). Consiste en un proceso continuo de “cambios de estado” (cambios estructurales de una unidad manteniendo su organización o “identidad de clase”) entre la estructura de una unidad y la estructura del medio donde interactúa (Maturana, H. & Varela, F., 1984: 65-67).

<sup>31</sup> Samaja, 1987: 121-145; y 1993: 147-199.

<sup>32</sup> La matriz de datos contemplaba tres elementos, UA, V y R, en el texto de 1987 (Samaja, 1987: 121-176). En el texto de 1993, si bien se reconocía la existencia de cuatro elementos (agregando a los tres anteriores el Indicador), ya el 5° (UC) estaba implícito, dado que en las relaciones existentes entre los tres niveles de integración implicados en todo dato, la UA del nivel superior puede y suele oficiar de *contexto* del nivel inferior (Cfr. Samaja, 1999: 168).

<sup>33</sup> Por el empleo que el autor hace del término *sustancia*, quizá sería conveniente reemplazarlo por otro, como por ejemplo “núcleo” del dato.



La Matriz de Datos conlleva como correlato el reconocimiento del rol de las Unidades de Análisis (UA) en el estudio de procesos narrativos o discursivos, es decir de la subjetividad. Al predicar sobre los fenómenos investigados esto se hace considerándolos alternativamente como *cosas*, como *procesos* o como *totalidades representacionales*. Cuando enfocamos un hecho o fenómeno como *cosa*, “las unidades de análisis son categorizadas como sustancias, y las variables son propiedades o atributos...” (op. cit.: 192). Cuando el fenómeno es considerado un *proceso* la UA “es categorizada como interacción, como relación...y las variables son entonces relaciones o direcciones...” (op. cit.: 192). Si el fenómeno se concibe como totalidad representacional “la unidad pasa a ser una entidad procesual cíclica, y las variables que la describen tendrán que ver con predicaciones de organismos y por ende harán referencias a procesos comunicacionales: a funciones o mediaciones orientadas por cierto *ideal del ser...*(expresando también)...*valores o significados*” (op. cit.: 192).

Para su mejor intelección, se vuelca en una tabla el tratamiento de esta cuestión:

| <b>Hechos/ fenómenos sobre los cuales se investiga</b> | <b>Unidad de Análisis</b> | <b>Variables</b>   |
|--|---------------------------|--|
| a) cosas   | sustancias                | propiedades, atributos   |
| b) procesos/cambio                                     | interacción,<br>relación  | relaciones, direcciones (causas y efectos)                       |
| c) totalidades representacionales o ciclos de acciones | entidad procesual cíclica | procesos comunicacionales: ideal de ser = valores o significados |

Leyendo atentamente y respetando además la perspectiva del autor puede interpretarse a las UA como avanzando dialécticamente en un proceso de investigación y conocimiento desde una unidad-cosa, hacia una unidad-proceso y finalmente hacia una unidad-ciclo de acciones. El autor sugiere que en una investigación, tomada esta como un proceso narrativo en los términos amplios que se proponen en el texto, se producen “desplazamientos reificantes” dados por el mismo lenguaje a lo que se suma el poder de las nosografías en este mismo sentido, al sustancializar los *procesos* y *acciones* hacia o en *entidades*, o *accidentes* que expresan determinada *cualidad*, *propiedad* o *atributo* de una *sustancia* (op. cit.: 193). Si se logran identificar dichos desplazamientos en sentido de una reificación o cosificación, el intento de contrarrestarlo no debería obviar la consideración de que el estudio de lo subjetivo se orienta a “...seres narrativos...(constituidos por)...sucesos, por episodios y secuencias de acciones y no por *cosas*” (op. cit.: 193). Por ello Samaja aboga por una “semiótica narrativa...(que)...investigue los significados de las conductas en general”, aspirando ésta a ser una “gramática de la acción” con el fin de ser empleada en la investigación de los hechos narrativos (op. cit.: 194). Cobran aquí entonces pleno sentido lo enunciado previamente: un fenómeno relativo a la salud debe entenderse no únicamente como hecho-cosa o como hecho-efecto sino también como hecho-narración, resaltando el *carácter narrativo* de la salud.

Para finalizar el análisis de este intrincado y “enrevesado” panorama del estudio de la subjetividad a partir de los desarrollos de Samaja y con el ánimo de sistematizar sus propuestas se realiza un resumen de los puntos principales abordados.

- . En términos ontológicos el sujeto y el objeto formarían parte del mismo ser complejo, como “momentos” de la realidad u objeto investigado. El objeto reconoce la presencia ontológica de cosas, sujetos y reglas.

- . El lugar o “puesto” de la subjetividad es el de las interfaces jerárquicas de un Sistema Complejo Adaptativo, como puede ser considerado un ser humano, un grupo o una población. La subjetividad puede ser comprendida como lugar de la lectura o interpretación de los bordes, o también como tensión entre identidades correspondientes a diferente nivel de integración o estrato de la realidad. Esto podría ser entendido también, apelando a una fórmula del materialismo dialéctico como la unidad del objeto (en este caso la salud)

fundada en la distinción entre el *ser* y *deber ser* y mediados y articulados por el *sujeto*. El hecho de considerar la subjetividad como «nacida» o surgida *entre* las distintas identidades, lo cual la situaría en un lugar de exterioridad con respecto a la *identidad*, constituye un punto problemático que será retomado en el capítulo nueve.

. Como aquello que podríamos denominar *modos* o *dimensiones* de la subjetividad pueden identificarse: valoración, imputación, regulación, apercepción, significación, acto semiótico, representación, proceso narrativo o discursivo, entre otros.

. Narración, significación, sentido, son modos de predicar sobre la subjetividad que conllevan la necesidad de un desarrollo disciplinar para su estudio. Aquí halla lugar la propuesta de una “semiótica narrativa” o una “gramática de la acción” para el estudio de las acciones discursivas (actos de discurso, conductas entendidas como hechos narrativos, etc.) y la aspiración a una “epidemiología de las representaciones” o “de las narraciones”.

. El empleo del concepto *contexto* es central en la ontología desarrollada por Samaja.<sup>34</sup> Pero el mismo tiene en este autor un tratamiento dialéctico que lo dota de potencia a la hora de explicar su propia génesis y función. Lejos de otorgarle un lugar fijo de una totalidad inamovible, el contexto es para Samaja por un lado el estrato u orden de mayor jerarquía de un sistema complejo en su devenir histórico, esto es, se desarrolla en el desenvolvimiento del mismo ser complejo desde el *statu quo ante* de menor jerarquía o nivel de integración en un movimiento onto y epigenético. Pero también es el medio en el cual y con el cual interactúa dicho ser complejo. Es el contexto el que fija las normas que rigen para un sistema adaptativo y es este mismo sistema el que construye dichas normas en tanto normatividad, la capacidad de ser normativo, lo que para el autor es equivalente a la salud.

. La matriz de datos y una dialéctica de matrices de datos se yergue como posibilidad metodológica en la investigación de la subjetividad. Para ello es fundamental la correcta identificación de las unidades de análisis con sus correspondientes variables que serán investigadas, además de tener presente la fundamental diferencia en cuanto a los hechos o fenómenos que se investigan según sus tres posibilidades, es decir los hechos como *cosas*, como *procesos* o como *totalidades representacionales*.

---

<sup>34</sup> En el despliegue del concepto *contexto* que realiza Samaja pueden reconocerse diversas improntas de autores a través de nociones presentes en sus obras: Hegel (Idea/especie/praxis), Marx (praxis, condiciones socio-históricas, *überbau*-suepeconstrucción), Durkheim (especie), Piaget (equilibración), Bateson (contexto, pauta), Sartre (totalidad), Peirce (terceridad, interpretante), entre otros.

## Luis David Castiel: singularidades, sujetos, *seujeitos*.

O homen que diz sou não é  
Porque quem é mesmo é não sou  
O homen que diz tô não tá  
Porque ninguém tá quando quer.  
Badem Powell & Vinicius de Moraes. *Berimbau*

Otro aporte relevante para la Epidemiología en términos epistemológicos es realizado por el brasileño Luis David Castiel (1994, 1994a), al definir la subjetividad como singularidad del fenómeno humano. ¿Porqué ha sido este un tópico de su interés? Este epidemiólogo con formación psicoanalítica inquiere, con ánimo «instigante»: “¿será posible una epidemiología que incluya la singularidad de la naturaleza humana sin que pierda su identidad conceptual/ metodológica?” (1994: 28). Aspira a que la disciplina, al trabajar con la dimensión poblacional no resigne la “particularidad, la singularidad propia del nivel de organización individual”. En su libro “*O buraco e o avestruz*” Castiel despliega una rica discusión sobre reflexiones de diversos autores, algunos de los cuales podrían enlistarse en el llamado paradigma o pensamiento complejo, presentando ideas y reflexiones que le permiten enmarcar la discusión acerca de los límites y obstáculos de la epidemiología en relación a la singularidad y multiplicidad del fenómeno humano.

Trazando una línea de continuidad entre sus producciones escritas es posible hallar un hilo conductor en sus reflexiones, al referirse a la *naturaleza* humana, al *fenómeno* humano y a la *subjetividad*, siempre insistiendo en el carácter individual y singular de la misma. Destaca la diversidad y multiplicidad del fenómeno humano, esta última a su vez con dos posibles significaciones: *alteridad* y *diferencia* (op. cit.: 176). Su interrogación apunta al aspecto subjetivo, junto con las demás dimensiones constitutivas de la complejidad del ser humano, precisamente en su “dimensión individual” lo cual implicaría incorporar los aspectos psíquicos dentro de las investigaciones epidemiológicas. Esta preocupación ontológica está indisolublemente ligada a la identificación de obstáculos metodológicos y operativos. El señalamiento crítico que dirige Castiel a la disciplina en el caso del estudio de la subjetividad consiste en lo que podríamos denominar una «inadecuación» entre el nivel de pertinencia o intervención de la epidemiología, y el nivel de pertenencia de una variable investigada. En otros términos, esta «inadecuación» consistiría en que una disciplina que aborda un nivel de organización *particular* como el de las poblaciones (la

identidad conceptual - metodológica señalada más arriba) deba investigar, en el caso de la subjetividad, una variable que correspondería a otro nivel de organización, el *individual*, amenazando la “singularidad” de esta variable estudiada. Este problema se replica al momento de la construcción de la información. Si la *generalización* de los hallazgos individuales es una de las formas de construcción de conocimiento epidemiológico, las diferencias existentes a nivel individual tenderán a borrarse o anularse en el proceso de análisis de los datos, donde el muestreo estadístico,<sup>35</sup> se cuenta como una de las operaciones epidemiológicas frecuentes a través de la cual existe una neutralización de las diferencias personales, según este autor. Desde esta óptica, esta “neutralización” de las diferencias, de la alteridad, de la multiplicidad que se produce a través del raciocinio epidemiológico impedirían cualquier consideración seria de la subjetividad, si ésta es entendida, tal como lo hace Castiel, como experiencia singular propia de *cada individuo*. Pero ¿de qué manera llevar adelante una empresa como ésta? En este punto el autor se inclina por la necesidad de un abordaje hermenéutico, en que se haga lugar a la interpretación. Por esta vía, sostiene, se privilegiaría la *relación* en vez del *objeto*, y la *comprensión* en lugar de la *explicación*. En otras palabras, además del hecho de *tener* una enfermedad, la epidemiología debe poder investigar lo que implica el *sentirse* enfermo y el *ser considerado* enfermo, lo cual lleva a la sugerencia de una “epidemiología de las narrativas” o de las “representaciones” como parte del proyecto de la etnoepidemiología (op. cit.: 197-198). Estos lineamientos, como puede apreciarse, son solidarios con algunas de las propuestas de Samaja, comentadas y analizadas más arriba.

En los siguientes tres capítulos procedemos al análisis de distintas concepciones sobre la subjetividad y el proceso de salud-enfermedad-atención colectivo en la obra de tres autores del campo de la Epidemiología Social Latinoamericana.

---

<sup>35</sup> Que Castiel gusta llamar *metonimia* (2006). Esta puede definirse brevemente como el procedimiento que establece la equivalencia entre la parte (la muestra) y el todo (el universo).

## CAPÍTULO V

### LA NOCION DE SUBJETIVIDAD EN LA OBRA DE JAIME BREILH

#### Subjetividad y Reproducción Social: el sujeto de transformación.

Como si con los astros el polvo peleara  
como si los planetas lucharan con gusanos  
la especie de manos trabajadora y clara  
lucha con otras manos.  
Miguel Hernández. *Las manos*.

Analizando la producción de Breilh se evidencia una continuidad en los lineamientos centrales de lo que entiende por epidemiología social o “crítica”, “contrahegemónica”, “emancipatoria”, “moderna” o “científica”.

Desde sus textos iniciales hay una preocupación por desarrollar la disciplina alrededor de tres ejes articulados: ontológico, epistemológico y axiológico, al que podría agregarse también un eje metodológico, presentados como imprescindibles para definir y diferenciar los paradigmas de conocimiento. El autor confronta con el positivismo y sus escuelas relacionadas, empirismo y funcionalismo, elaborando su propuesta en una dirección opuesta a la de la epidemiología clásica “positivista”, blanco directo de su crítica. La misma es de cuño no solo teórico-conceptual sino ideológico-político. En otros términos se evidencia en todo momento el interés por develar la profunda imbrincación de los fundamentos teórico-conceptuales de la epidemiología así como de cualquier otra disciplina, con determinantes de tipo ideológicos, políticos y económicos.

Breilh ha aplicado desde sus primeros desarrollos las categorías dialécticas de análisis *general o universal, particular* (donde ubica los procesos epidemiológicos) y *singular o individual* al análisis de los fenómenos de salud-enfermedad, regido cada uno de estos niveles por leyes propias. Interesa destacar también que estos tres dominios o dimensiones de definición y transformación de los problemas de salud-enfermedad, son reconocidos y aplicados al *objeto* epidemiológico mismo. A partir de la adscripción al Realismo Dialéctico, inspirado en el Realismo Crítico bhaskariano, reformula este clásico enfoque

que deriva en 3 nuevas dimensiones para el análisis de la realidad-salud: *real o general, actual y empírico*.

La opción de la epidemiología, dice, es de índole no sólo *político-sanitaria* sino *epistemológica* dado que los grupos sociales con peores condiciones de vida contarían según su visión con un punto de vista con mayor poder de conocimiento de la realidad que las demás clases sociales. En este punto de exégesis puede percibirse una idealización exacerbada de este grupo social que debería ser matizada. Pues esta aseveración tan contundente parece ser transpolada directamente de la consigna marxista acerca del papel histórico inevitable del proletariado como agente de la revolución social y abolición de la propiedad capitalista. Pero vale aquí justamente emplear las dimensiones o ejes de análisis a los que alude el mismo Breilh en relación a la opción por los “sin poder” que el autor ecuatoriano reclama a la epidemiología. Se trata de que el sustento epistemológico debe orientar la apuesta ético-política hacia la emancipación pues parece vana la pretensión de una supuesta mayor “penetración” o “conocimiento” de la realidad que ostentaría este grupo cuando lo que se verifica es una tremenda alienación y dificultad en la construcción de esa subjetividad liberadora, organizada, autárquica y emancipada/ emancipadora que desvela al autor. El propio Breilh al considerar los avances de la epidemiología crítica en un estudio de intoxicación por plaguicidas reconoce la gran enajenación y desconocimiento de la situación de exposición y aún de “imposición” epidemiológica por parte de este grupo al plantear que “la casi totalidad de la fuerza de trabajo *percibe* de manera empírica los procesos destructivos ligados a la producción de flores cortadas... pero los *asume* como hechos naturalmente ligados a la agroindustria y *no tiene conocimiento* sobre su articulación bajo un modelo productivo” (2003: 229, cursivas nuestras).

Puede decirse que para Breilh el principal aporte de la epidemiología crítica, su propósito, a partir del conocimiento epidemiológico producido en el cual la propia comunidad tiene un papel fundamental, debe ser propiciar el empoderamiento (empowerment) de la subjetividad, las formas organizativas y culturales de los “sin poder”, articulándose en un proyecto político e histórico más amplio y ambicioso de transformación estructural de la sociedad.

### **Bibliografía sistematizada y analizada del autor.**

- I) *Epidemiología, economía, medicina y política*. Edit. Fontamara, 4ª Edic. corregida, México. 1988 (1ª Edic. Quito, 1979).
- II) La salud-enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. En Breilh J., Campaña A., Granda E., Páez R., Costales P., Yépez J. *Deterioro de la Vida. Un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social y en la salud*. Quito, Corporación Editora Nacional., CEAS, 1990.
- III) *Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate*. En *Epidemiologia: Teoría e Objeto*. Hucitec/Abrasco. 1994.
- IV) *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía Pedagógica para un taller de metodología*. Edic. CEAS, Quito. 1995 (1ª Edic. 1994).
- V) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Bs. As. 2003.<sup>36</sup>

### **Análisis de los textos seleccionados y construcción de una matriz de análisis.**

#### **Texto I *Epidemiología, economía, medicina y política (1988)*.**

Breilh publica con este título lo que había sido su trabajo de Tesis a la Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco en 1977, “*Crítica a la Concepción Ecológico-Funcionalista de la Epidemiología*”. Considero este texto uno de los más importantes en el proceso de definición de la epidemiología social o crítica latinoamericana. En la presente obra el autor analiza el fundamento positivista de la “epidemiología clásica”<sup>37</sup> que asimila los procesos sociales a los naturales y explica lo social a partir de las leyes que rigen la naturaleza. Describe los modelos epidemiológicos que han sido empleados (unicausalismo, multicausalidad) a los que endilga ser ideológicamente retardatarios y acordes a las

---

<sup>36</sup> Se han analizado asimismo algunos escritos donde el autor hace referencia al tema investigado de modo tangencial: a) *La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología*. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 1, N° 3, 207-233, 1998; y b) *Debate on the Paper by Naomar Almeida Filho. “For a General Theory of Health”*. Rio de Janeiro: Cad. de Saúde Publica, 17 (4): 784-787, jul-ago 2001. En ambos, al igual que en casi todos sus textos, Breilh insiste en que para la constitución de una epidemiología contrahegemónica, ésta debe reformular la relación del saber académico-formal con otros saberes no formales, fundamentalmente el de los “sin poder”, confiando en el potencial emancipador de una articulación entre los “intelectuales orgánicos” y el “pueblo” para desarrollar un proyecto histórico liberador.

<sup>37</sup> En el desarrollo del texto se intentará emplear este término para connotar dicha corriente epidemiológica. Sin embargo en su producción Breilh suele emplear indistintamente los términos “tradicional”, “convencional”, “hegemónica”, “oficial”, “empírico-funcionalista” etc., para referirse a ella.

necesidades del sistema capitalista. Apoyándose explícitamente en todo momento en el materialismo dialéctico, intenta redefinir los principales elementos o dimensiones constitutivas de la disciplina: conceptual, metodológica y práctica. Sostiene que dos son los principios en torno al cual pueden aglutinarse las posiciones opuestas de las «dos» epidemiologías:<sup>38</sup> por un lado la determinación del hecho epidemiológico (producción de condiciones generales y particulares de Reproducción Social y de salud-enfermedad) y por otro la distribución de éste en una colectividad (partición dinámica y diferenciada). Las diferentes formas de comprender estos principios determinan a su vez la manera en que las categorías fundamentales del campo son aplicadas: determinación vs. causalidad -o mejor causalismo<sup>39</sup>-, perfil epidemiológico vs. factores, clase social vs. estratos, etc.. Tomando como guía conceptual y metodológica el método de la Economía Política o *ascensional* elaborado por Marx,<sup>40</sup> argumenta y concluye que es la *reproducción social* la categoría a través de la cual pueden relacionarse “las leyes y estructuras sociales con los procesos más particulares como los biológicos, mentales, etc.” (1988: 175). O dicho en otros términos permite estudiar las contradicciones principales del proceso social arribando finalmente a la categoría-concreto *perfil epidemiológico* (de clase) que sintetiza dialécticamente las contradicciones entre un perfil de reproducción social y un perfil de salud-enfermedad (1988: 181). Ya en este texto temprano Breilh establece los tres niveles concatenados donde se dan los procesos de reproducción y de salud-enfermedad-atención: nivel general, particular, donde ubica los procesos epidemiológicos, y singular/ individual, cada uno regido por leyes propias. También realiza una aplicación de estas dimensiones al objeto mismo de la epidemiología. En este sentido propone que el mismo cuenta con elementos individuales (los fenómenos del campo biológico), particulares (representados por los perfiles de reproducción social de las diferentes clases y fracciones), y generales (los procesos estructurales de la sociedad).

---

<sup>38</sup> Por eso es llamativa la aseveración de Hernán San Martín cuando dice en el prólogo que “Con este libro Breilh ha *completado* lo que metodológicamente faltaba a la epidemiología tradicional para *convertirse* en una epidemiología social” (1988, cursivas mías), lo cual se contradice con el espíritu general de este texto y de la obra breilhiana. Lejos de esa supuesta complementación, estas “dos” epidemiologías que Breilh se esfuerza en distinguir y contraponer se hallan, si leemos cuidadosamente el texto, “opuestas por el vértice”, términos que seguramente agradarían al autor ecuatoriano.

<sup>39</sup> Ver supra, pág. 15.

<sup>40</sup> Si bien puede decirse que el “método” de la Economía Política es desarrollado por Marx en varios momentos de su obra, una presentación clara del mismo puede hallarse en sus célebres *Grundrisse* (*Borradores*), entre las pág. 20 y 30. Cfr. asimismo infra, pág. 124 y nota N° 84.

1) Abordaje de la noción subjetividad: esta noción es considerada de diferentes maneras. Por un lado, según la posición asumida por el investigador al plantearse que la objetividad del investigador está determinada por su punto de vista. Entiende por *punto de vista* la “perspectiva social desde la que enfoca su objeto de trabajo...que determina sus elecciones y rechazos, su manera de interrogar la realidad, el tipo de vinculación que establece con el proceso que estudia, es decir, las mediaciones formales y prácticas que se intercalan entre él como sujeto y el objeto” (1988: 47). Parangonar “punto de vista” con “perspectiva social” sugiere la presencia de otros conceptos relacionados tal como clase social y más específicamente *posición de clase*. Así, en relación a los fenómenos de salud-enfermedad el autor concibe una *subjetividad de clase*. Su concepción en este sentido está derivada del empleo que hace Marx en varios pasajes de algunos de sus textos de “lo subjetivo” como inherente a la conciencia que se forja determinada clase, es decir la “clase para sí”. Esta es la que permite establecer *sujetos históricos* con potencial transformador (1988: 141). En muchos momentos del texto el autor hace alusión a lo *subjetivo* y lo contrapone a lo *objetivo*, relacionando este último concepto a la estructura material o base productiva de la sociedad (1988: 77). En otros momentos hace un tratamiento que tiende a dicotomizar estos términos: “se puede alcanzar objetividad y certeza en la investigación empleando leyes cualitativas que rigen los procesos, y se puede ser altamente subjetivo bajo la fachada de fina precisión con leyes estadísticas” (1988: 148).

2) Línea teórica/ marco conceptual: Para el autor la superación del método empleado por la epidemiología tradicional no debería implicar una simple sumatoria o yuxtaposición de aparatos conceptuales tales como las ciencias sociales y la epidemiología por ejemplo, sino “reconstruir su propia sistematización del saber y su método, subsumiendo la lógica particular ...a la lógica general...” (1988: 67). Pero él mismo reconoce que el término “social” con que se adjetiva a esta epidemiología evidencia la necesidad de contemplar este dominio que no deja de representar un elemento redundante y que podría producir una mayor confusión aún. Para el autor esta “nueva” epidemiología en pleno proceso de conformación abreva en las aguas del marxismo, encontrando en el materialismo dialéctico la cantera de donde extrae sus elementos conceptuales y metodológicos constitutivos y distintivos. A lo largo del texto se fustiga al Positivismo y sus escuelas relacionadas, Empirismo y Funcionalismo, con su expresión manifiesta en la epidemiología tradicional.

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos). *Producción social*: unidad de la oposición y unidad que ocurren entre el sujeto social y el objeto naturaleza y la oposición entre el momento productivo y el momento de consumo; *Reproducción Social*: como categoría necesaria para relacionar las leyes y estructuras sociales con los procesos más particulares como los biológicos, mentales, etc., o: categoría que permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales; *Determinación del Proceso salud-enfermedad*: la producción de condiciones generales y particulares de reproducción social y de salud-enfermedad; *Distribución del Proceso salud-enfermedad*: la repartición dinámica y diferenciada de los procesos de salud-enfermedad; *Perfil Epidemiológico (de clase)*: concreto de pensamiento que unifica un perfil de reproducción social con sus contradicciones, y un perfil de salud-enfermedad con sus contradicciones, o también como un comportamiento típico en lo esencial y fenoménico que caracterizan a los grupos social y epidemiológicamente diferenciados. *Bienes o valores de uso*<sup>41</sup> o *factores protectores*: potencialidades, procesos que protegen y permiten un perfeccionamiento de la clase social; *Contravalores o procesos deteriorantes o nocivos*: riesgos, contrapuestos al desarrollo y perfeccionamiento de la salud de la clase social; *Niveles o dominios General, Particular, Individual*: la salud-enfermedad se va produciendo sujeta a leyes en cada uno de los niveles de generalidad descritos, y en cada uno rigen leyes de determinación específicas.

### **Texto II** *La salud-enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque (1990)*.

En este texto comienza explicitando su modo de entender el proceso de producción y acumulación de saberes y conocimientos que se da en las sociedades y el modo en que ese conocimiento fundamenta la práctica social. Existen procesos que determinan los problemas de salud-enfermedad, los cuales se gestan y tienen lugar en la *dimensión social de la vida* y dependen de la forma de organización o estructura económica de esa sociedad. Se diferencia la medicina individual o clínica de la medicina social o colectiva, cada una con su objetivo, su método, sus posibilidades y limitaciones. Sostiene que según las modalidades de vida de los miembros de cada clase o grupo social se constituyen diferentes patrones de enfermedad que definen distintos *perfiles de salud-enfermedad*. Denomina

---

<sup>41</sup> Esto evolucionará hacia el “Sistema Multidimensional de Contradicciones” de sus desarrollos posteriores.

*perfil epidemiológico* al producto de ese sistema de contradicciones que se verifica para cada clase a través de valores y contravalores, procesos protectores y destructivos, procesos en el cual la *parte*, el objeto salud-enfermedad, es producto de su propia historia y de la del *todo*, el movimiento social. La crítica a la epidemiología tradicional o convencional se realiza contrastando su forma de manejar y reificar la situación que estudia con el método dialéctico que emplea la epidemiología “científica”, “moderna”<sup>42</sup> o social. Existe una continuidad con el texto anterior al diferenciar en la *reproducción social* dos dimensiones: una general correspondiente a la modalidad de acumulación del capital que se da en nuestras sociedades, y un nivel particular correspondiente a las clases o grupos sociales a las que llama “sistema multidimensional de contradicciones”, que resulta de una dialéctica entre los momentos de producción-distribución-consumo incluyendo las relaciones con el medio geográfico o territorio, es decir las condiciones naturales externas y las relaciones *político-ideológicas*. Estas están definidas por el resultado de las contradicciones existentes entre los procesos protectores y los destructivos: la organización-autarquía de las clases con la posibilidad de conciencia y organización por un lado, y la privatización-alienación por el otro. Una de las dimensiones de la reproducción social identificadas es la *conciencia*. No la ubica en el nivel individual, sino en relación al perfil epidemiológico junto al proceso de proceso-distribución-consumo (P-D-C) en una dimensión “general” o “social”: el *sistema de contradicciones en movimiento*, a diferencia de los *procesos de subsunción y mediación biológica* (genotipo/biología pretérita y fenotipo/biología presente) a los cuales sitúa en un nivel de organización diferente de la realidad. Lo biológico, sostiene, es un *mediador* que especifica el efecto de la historia en los organismos. La determinación de la salud-enfermedad actúa como un espacio donde deben especificarse los procesos protectores y deteriorantes que resultan en el estado de salud y enfermedad en las personas. Esta especificación se da a través de *mediadores* entre el todo y las partes. Las mediaciones son “procesos (de articulación) necesarios para que se especifique la determinación” (1990: 13), la forma en que los hechos más generales tales como los condicionantes económicos y de la reproducción social se expresan o especifican en objetos particulares y específicos como las condiciones de salud. El todo *determina* a la

---

<sup>42</sup> “Moderna” equivale en Breilh a “crítica” o “social”, a diferencia de Almeida Filho para quien dicho término está más emparentado con la Epidemiología clásica o tradicional, en los desarrollos experimentados a partir de la década del '50 del siglo pasado ( Cfr. por ejemplo A. Filho, 1992a: 8).

parte, es decir fija el límite dentro del cual puede desenvolverse el propio poder determinante de la parte, y ésta *media* al todo especificándolo. Son comentadas aquí dos mediaciones: las “estrategias de supervivencia familiares” y la “relación del espacio geográfico”.

1) Abordaje de la noción subjetividad: Breilh identifica un “elemento de *conciencia*” dentro de la dimensión político-ideológica del Sistema Multidimensional de Contradicciones (SMC) de las clases que tiene lugar en el movimiento de la reproducción social (1990: 12). La contradicción entre la organización-autarquía de las clases por un lado y la privatización-alienación por otro resultará en determinado grado de conciencia-organización, mayor o menor según predomine el polo de los procesos protectores o destructivos. Hace una alusión somera a los *significados* generados en el proceso de producción. En éste, dice, no hay únicamente producción de mercancías sino también existe una “producción de significados que se decodifican en el consumo” (1990: 12), aunque no se detiene en sus implicaciones ni desarrolla este planteo.

2) Línea teórica/ marco conceptual: se inscribe en la epidemiología social. Realiza una crítica de la epidemiología “convencional” o “tradicional” y su forma de abordar los problemas de salud-enfermedad: estudiando “la variación de factores aislados y comportamientos individuales” convertidos luego en “entidades causales” siendo por último analizados estadísticamente a través de “modelos matemáticos de asociación causal” (1990: 11). La Epidemiología es enmarcada dentro de la medicina social o colectiva. Confronta a ésta con la medicina clínica, analizando el método, técnicas, posibilidades y límites de cada una.

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): los *perfiles de salud-enfermedad*: son los diferentes patrones de enfermedad según las modalidades de vida de los miembros de cada clase o grupo social; el *perfil epidemiológico*: es el producto epidemiológico del sistema de contradicciones que se verifica para cada clase; la *reproducción social*: es la categoría que analiza el movimiento de la vida social en un espacio histórico-natural concreto y permite formular el sistema de contradicciones que determinan ese movimiento; el *sistema multidimensional de contradicciones*: la contradicción entre factores protectores y destructivos dentro del cual se producen y desarrollan los procesos de salud-enfermedad; las *mediaciones*: forma en que se especifican

en los objetos/ niveles particulares las determinaciones del SMC de la reproducción social, las *estrategias de supervivencia familiares*: los mecanismos y modos concretos de organización de la cotidianidad en los grupos familiares; la *relación del espacio geográfico*: la geografía como un espacio dinámico donde se manifiesta la contradicción entre los procesos benéficos y deteriorantes de la salud en estrecha relación con el sistema multidimensional de contradicciones del orden social..

**Texto III** *Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate (1994).*

El autor recupera aquí en gran medida el texto anterior. Realiza consideraciones de orden político-ideológicas sobre el papel de la Epidemiología crítica y el materialismo dialéctico que la sustenta. Presenta una defensa del marxismo en el terreno político e histórico y en cuanto a su valor para la construcción de una epidemiología contrahegemónica a la vez que insiste en su crítica a la epidemiología convencional. Realiza un análisis de la politicidad de la ciencia, su autonomía relativa y del rol mediador de la práctica científica en relación al contexto histórico. Como categoría central ubica nuevamente a la *reproducción social* (RS): diferencia entre la gran RS a nivel general, que asume la forma de acumulación de capital, y las formas de RS particulares, las cuales conforman el sistema multidimensional de las contradicciones (SMC) entre factores protectores y destructivos resultante de una dialéctica entre la producción-distribución-consumo (P-D-C) y que incluye las relaciones con el medio geográfico y las relaciones político-ideológicas dentro de las cuales se desarrolla el movimiento de la *conciencia*. Allí se define y especifica el perfil epidemiológico de las clases o grupos y el perfil de salud-enfermedad de los individuos, que en una sociedad de clases es característico de las formas de RS que las distinguen. Nuevamente alude a la producción de *significados* que se da en el proceso de producción de mercancías, decodificados en el momento del consumo. Proponiendo una disyuntiva entre “revolución conservadora o transformación” sostiene que una verdadera innovación en salud no puede limitarse a una modificación estrictamente técnico-formal propugnando que el saber, por más especializado que sea, tiene que hallar su lugar dentro de un proyecto histórico y ser dotado por una concepción objetivada de sociedad, asumiendo una posición frente a los intereses contrapuestos en ella (1994: 141). Desmarcando la epidemiología

crítica de las “escuelas convencionales” expresa que lo que las distingue es la adopción de aquella de un pensamiento emancipador “que rompe las amarras conceptuales y político ideológicas de la Salud Pública positivista y fenomenológica de América del Norte y de Europa”, siendo “una expresión particular de la lucha por la autarquía...(que)...adquiere identidad en la ruptura con los reduccionismos e idealizaciones de la ciencia neopositivista porque...parte de una construcción objetiva de la realidad y de un nuevo tipo de vínculo con el pueblo” (1994: 147). Abundando en este terreno dice que el materialismo dialéctico está produciendo una reconfiguración de la politicidad de la Medicina Social en dos aspectos: por un lado articulando el trabajo académico y técnico con las clases subordinadas bregando por un proyecto histórico global que permita “el poder popular en la gestión”, y por otro una reformulación teórico-metodológica desde el marco epistemológico ofrecido por el materialismo dialéctico (1994: 150). Aquí ya el autor explicita cual es el rol que le asigna a “la gente”, al “pueblo”, en la propia construcción de la epidemiología crítica o contrahegemónica. Otro aspecto a destacar, y que se analizará en el resumen final correspondiente a este autor, es una frase contundente que Breilh enuncia al comienzo del texto: “la salud-enfermedad, con su movimiento y contradicciones, es una realidad objetiva cuya existencia y desenvolvimiento fundamentales ocurren *independientemente* de cómo lo pensemos” (1994: 137-138, cursivas nuestras).<sup>43</sup>

1) Abordaje de la noción subjetividad: en este texto, al igual que en los anteriores analizados, alude a lo que podríamos considerar como subjetividad a partir de la noción de *conciencia*. En el movimiento de la Reproducción Social y el Sistema Multidimensional de Contradicciones de las clases que tiene lugar allí, identifica distintas dimensiones. Una es las relaciones político-ideológicas dentro de las cuales ubica al “elemento”, “movimiento” o “dimensión” de la *conciencia*. Alude superficialmente a los *significados* generados junto a las mercancías en el proceso de Producción y decodificados en el momento del Consumo, sin desarrollar este ítem.

2) Línea teórica/ marco conceptual: se enmarca en la línea de la epidemiología crítica o social. Defiende una concepción marxista de la epidemiología en pos de la transformación del contenido y valor de uso de ésta, tendiente a una reformulación en dirección a reconocer

---

<sup>43</sup> Esta aseveración es solidaria con los postulados del Realismo Crítico sustentado entre otros por Roy Bhaskar. Cfr. supra, nota al pie n° 13.

la importancia del rol central de la participación social o popular en la gestión de salud contribuyendo a un proyecto histórico de las clases subordinadas, en el intento de superar el paternalismo verticalista. Asimismo realiza una crítica a las teorías epidemiológicas y postulados de base positivista o neopositivista en las figuras de Mac Mahon, Leavell & Clark, Lilienfield, Rothman y Susser, las que intentarían considerar la dimensión social de los problemas de salud-enfermedad como un mero factor relacionado a lo biológico mediante una simple asociación externa.

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): las categorías y conceptos empleados y la manera de definirlos son similares a los del texto anterior analizado (Cfr. supra, pág. 51-52).

**Texto IV** *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía Pedagógica para un taller de metodología (1995).*

Este libro continúa la línea de producción teórica trazada desde 1979 (Texto I), pero sumando aportes de índole metodológicos, epistemológicos y conceptuales. Podría decirse que conjuga las preocupaciones e intenciones teórico-conceptuales, políticas y metodológicas del autor, punto este último que se trasunta a partir del desarrollo de una “Guía Pedagógica para la realización de un taller de Metodología” de índole metodológico-pedagógica, a la cual dedica un extenso espacio en la tercer parte. La primer parte está consagrada a una introducción en la cual contextualiza ideológica e históricamente la ciencia, la medicina social<sup>44</sup> y la Epidemiología, en la cual distingue la versión “crítica” de la “hegemónica”. Analiza inmediatamente los problemas cardinales para la construcción de la moderna salud pública entre los que ubica la relación contradictoria, inevitable y potencialmente muy productiva entre saber científico-académico y praxis popular o, dicho en otros términos, entre las necesidades de “concretización y validación” de los científicos e investigadores y las de “contextualización política” de los trabajadores. Ambas deben alimentarse mutuamente reconociendo sus límites y potencialidades, sin caer en las posturas extremas de versiones academicistas ni populistas. Todo ello, dice, con miras al conocimiento objetivo de la realidad inserto y articulado en las propuestas de transformación social (1995: 54-57). En la Parte II se tratan los fundamentos y problemas

teórico metodológicos de la investigación sobre salud y trabajo, con particular énfasis en las técnicas intensivas (cualitativas) y extensivas (cuantitativas), presentando críticamente sus usos, límites y distorsiones.

Se analizaron con detenimiento el Capítulo 2 de la Parte I y el Cap. 4 de la Parte II al ser los que tratan sobre cuestiones relativas al tema de la subjetividad con mayor especificidad y profundidad.

En el Capítulo 2, titulado “Las ramas fundamentales de la epidemiología crítica”, se proponen como las principales áreas de investigación: la Epidemiología laboral y del consumo, la Epidemiología del espacio o territorio con el empleo de la categoría *corepidemia* y la concepción de distrito geográfico, la epidemiología “histórica”, y la epidemiología “del poder, la conciencia y la organización” (1995: 66). En relación a esta última refiere: “los procesos políticos y culturales que modelan las formas organizativas de la población y el avance de su *conciencia* son determinantes epidemiológicos” (1995: 76, cursivas nuestras). Aquí continúa refiriéndose a la *conciencia* pero luego hace alusión a lo *psíquico*. Esto podría interpretarse como una primer diferencia que el autor intenta establecer entre conceptos con los cuales intenta aludir a distintos niveles de la realidad, otorgándole probablemente<sup>45</sup> a lo psíquico un estatuto correspondiente al nivel individual y a la conciencia uno más ligado al orden de lo colectivo como “potencialidad de organización y autarquía”, es decir que se genera y adquiere su sentido a nivel de lo grupos humanos.

Quedan destacados entonces en la “Epidemiología del poder, la conciencia y la organización” la *conciencia*, la *solidaridad*, la *organización*, términos siempre interrelacionados (1995: 76). Como categoría principal de análisis nuevamente descolla la *reproducción social*, que permite comprender la interface entre lo biológico y lo social, entre lo “macro” y lo cotidiano. Analizando la violencia, aspecto que atañe a esta rama de la epidemiología crítica, sostiene con Arturo Campaña que la reproducción social permite articular la “conformación neurofisiológica actual y pasada”, viabiliza la “dialéctica social-biológica” y determina en última instancia la configuración de “premisas neurofisiológicas”

---

<sup>44</sup> Breilh hace referencia de manera equivalente a “Medicina Social”, “Salud Colectiva” y “moderna Salud Pública”.

<sup>45</sup> El autor no explicita ni realiza una definición rigurosa de estos términos, cuyo significado y alcance debe extraerse del contexto de su empleo. La noción de *lo psíquico* será tratada nuevamente con un mayor desarrollo en Texto V analizado infra.

y de “prácticas sociales y patrones socigrupales específicos” que modelan actitudes y comportamientos (1995: 79).

Mientras que en el Capítulo 4, que lleva por título “Las técnicas intensivas en la investigación en salud (cualitativas): debate sobre sus usos y distorsiones”, el autor elabora una síntesis de técnicas que podrían servir para el desarrollo de la epidemiología crítica en la medida que pudieran ser incorporadas por el método dialéctico. Ubica el empleo de dichas técnicas en el contexto del debate ideológico existente entre las corrientes positivistas y diversas disciplinas que propugnan procedimientos centrados en un registro individualizado, intensivo, biográfico. Reconoce el papel crítico hacia el positivismo que han tenido algunas de estas corrientes entre las que destaca a la fenomenología y al constructivismo pero alerta sobre la tendencia a un relativismo y a un subjetivismo conservador de estas teorías cuando proponen al conocimiento como “una subjetividad”, ya sea en la forma de una “intuición individual” en el caso de la fenomenología o como “construcción subjetiva de un colectivo” en el del constructivismo social (1995: 114). Para Breilh tanto el constructivismo social como la fenomenología terminan aportando al pensamiento hegemónico siendo la contracara idealista del positivismo a quien pretenden criticar. Al reducir los vínculos de los sujetos al microcosmos personal y cotidiano lo desligan de las relaciones históricas de clase, es decir, de las determinaciones de la estructura social y económica. Sostiene que las propuestas cualitativistas corren el riesgo de confundir método con técnicas propiciando el pasaje “de la fetichización del dato numérico a la fetichización del texto” (1995: 120). Para los abordajes cualitativos lo crucial es el *discurso como información*. Este puede ser estudiado en tanto *estructura* por la lingüística o la antropología, como portador de expresión de cultura, o como *comunicación* por la sociología y la hermenéutica.

Para la descripción y análisis de las técnicas cualitativas se basa en las clasificaciones y síntesis propuestas por otros autores. Cita a Daniel Bertaux, quien identifica por un lado *estudios socio-estructurales*, que buscan reconstruir relaciones estructurales y estrategias de reproducción más amplias a través de entrevistas semidirigidas, y por el otro a *estudios socio-simbólicos*, para indagar representaciones, sistema de valores, actitudes, simbolizaciones de los individuos, etc. Por su parte Breilh distingue el procedimiento de obtención y el de análisis de información, por lo que analiza separadamente las técnicas de

*obtención* del material o texto, también llamadas de evocación, y las técnicas de *análisis* de texto también conocidas como técnicas “de contenido y discurso”. Entre las primeras destaca las técnicas biográficas, dentro de la cual pueden inscribirse las historias de vida. Si bien reconoce el valor de éstas en cuanto a su posibilidad de lograr información sobre cuestiones inaccesibles por medio de otras técnicas, por ejemplo los “comportamientos, ideaciones, prácticas, estrategias”, alerta sobre los potenciales desvíos subjetivistas y de “desarticulación de lo singular” que entrañarían. Propone que para evitarlo se debe conocer la dinámica del contexto, es decir de las familias o grupos continentales de los individuos de referencia. En resumen, esta técnica permitiría observar “los patrones de individuación de las prácticas y concepciones” (1995: 131). En cuanto al procedimiento de Análisis de los Textos logrados a partir de las diferentes técnicas cualitativas, resalta el Análisis de Contenido (expresión, relaciones, representaciones, enunciación, temático) y el Análisis de Discurso, desarrollado por el francés Michel Pêcheux, entendida como una teoría crítica de la determinación histórica de los procesos de significación. En ésta línea “el sentido de una palabra o expresión no existe en sí misma sino que expresa posiciones ideológicas en relación al proceso socio-histórico del contexto...”. Apartándose de las versiones estructuralistas del psicoanálisis y del marxismo sentencia que no hay discurso sin sujeto ni sujeto sin ideología. Diferencia para su cometido *discurso* como categoría teórico-metodológica, de *texto* como discurso acabado para fines de análisis. Por último analiza las posibilidades de la llamada “triangulación” de *técnicas, ángulos y modalidades de registro*, haciendo hincapié en que es erróneo hablar de triangulación de métodos al ser éste único e imposible de combinarse con otro.<sup>46</sup>

1) Abordaje de la noción subjetividad: privilegia el concepto de *conciencia* tanto individual como colectiva aunque dándole mayor énfasis a este último nivel. Junto con ella aparecen los de *solidaridad* y *organización* en el marco de la llamada “Epidemiología del poder, la conciencia y la organización”. El autor ecuatoriano plantea el desarrollo de la conciencia y autarquía de la población como *mediadores* (no usa este concepto aquí) entre los procesos de determinación general sociales y económicos, por un lado, y la salud-enfermedad de los grupos e individuos, por otro. La categoría que permitiría explicar, «contener» los procesos donde se desarrollan la conciencia y términos relacionados a ésta es la *reproducción social*.

---

<sup>46</sup> Ver supra nota al pie n° 3, e infra nota al pie n° 60.

Al analizar las técnicas cualitativas hace hincapié en la propuesta de Análisis de Discurso, subrayando los conceptos de discurso, sujeto e ideología. Estos se implican mutuamente: el *discurso* en relación al *sujeto* que lo enuncia y a la *ideología* que éste detenta es otra de las formas con las que el autor intenta acercarse a la consideración de lo subjetivo. Para finalizar este punto, es interesante transcribir esta afirmación, coincidente con la expuesta en el resumen del texto anterior:<sup>47</sup> “...si aceptamos el principio de que existe ese movimiento *objetivamente* y *antes de que lo pensemos* y, si aceptamos también, que en los objetos reales se da la unidad de sus atributos y relaciones esenciales...”.

2) Línea teórica/ marco conceptual: continúa en la senda de lo que denominó epidemiología social o crítica, disciplina a la que ha aportado desde los comienzos de su producción escrita. Esta se constituye en oposición a la epidemiología clásica y emplea como método privilegiado el materialismo dialéctico. Además del perenne cuestionamiento al positivismo y sus variantes, fustiga también aquí al constructivismo y a la fenomenología acusándolas de alimentar un “movimiento de reconstrucción conservadora” tanto en términos ontológicos como epistemológicos y metodológicos (1995: 112).

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): se realiza aquí una primer periodización de los aportes teórico-metodológicos del movimiento de la medicina social y la epidemiología crítica. En un primer momento, a mediados de la década del '70, dichos aportes se dan a través de las categorías *desgaste* y *nexo bio-psíquico* contenidas en las propuestas de Laurell y el grupo mexicano, y las categorías de *reproducción social* y de *perfil epidemiológico* definidas en 1979 y en los años siguientes por parte del autor y del colectivo del Centro de Investigación y Asesoría en Salud de Quito (CEAS). El concepto de *corepidemia*, desarrollada para su empleo en la Epidemiología geográfica o del territorio, expresa una síntesis de lo histórico-natural o modelo espacial donde se distinguen formas de desarrollo del modelo económico implantada en el territorio, se acumulan patrones diferenciables de vida social en zonas con condiciones climáticas y geológicas distintas que co-determinan el proceso de salud-enfermedad. En un segundo momento, a fines de los '70 y primera mitad de los '80, se intenta aportar hacia la “consolidación instrumental, multiplicación docente y diversificación de los objetos de transformación” (1995: 66). A lo largo del libro está suficientemente señalada la importancia del momento político-social por

---

<sup>47</sup> Ver supra, pág. 60.

el que transitaba la epidemiología en América Latina, reconocidos los trabajos señeros del incipiente movimiento de la medicina social y reseñados los primeros espacios académicos que aportaron en esa dirección.<sup>48</sup> En cuanto a la *reproducción social*, es especialmente importante en la investigación de los problemas abordados por la “Epidemiología del poder, la conciencia y la organización” (1995: 79).

**Texto V** *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (2003).

Esta obra de Breilh continúa sus trabajos anteriores y de alguna manera sintetiza y profundiza las líneas principales de lo que ha sido su trayectoria y aportes en el campo de la Epidemiología Crítica, delineadas desde uno de sus textos seminales de 1979 (Breilh, 1988) analizado en primer término. Como en la mayoría de sus escritos comienza contextualizando histórica e ideológicamente el lugar de la epidemiología crítica, en el marco de la medicina social o salud colectiva y en confrontación y oposición con la epidemiología tradicional o clásica. Desarrolla y propone lo que considera un verdadero programa ético-político para la epidemiología, como “instrumento de recuperación ética y construcción de una nueva politicidad” (2003: 31) y de la subjetividad, a través de la incorporación de los otros sujetos en la construcción de la epidemiología. Es decir una *interculturalidad*, para lograr la emancipación social o, dicho con otras palabras habilitadas por el sentido del texto, la revolución social y económica. Reconoce que a la par de considerar rigurosamente las condiciones objetivas de la materialidad social que determina la salud, debe contemplarse también la importancia de la *subjetividad social* con el fin de fortalecer el *sujeto de la acción*, construyendo un *poder simbólico* alternativo, el cual se da a través de la elevación de la “conciencia epidemiológica” de la gente (2003: 40). Diferencia *modo de vida*, que homologa a la categoría de reproducción social (2003: 89), de las *formas o estilos de vida*, realizando además una discusión en relación al concepto de *subsunción y autonomía relativa* frente al de “interfase”<sup>49</sup> utilizado por Samaja (2003: 48). Sistematiza la periodización, iniciada en el texto anterior, sobre las fases de construcción de

---

<sup>48</sup> Estos son: Maestría de Medicina Social en Río de Janeiro en 1974, Maestría de Xochimilco-México en 1976, Centro de Estudios CEBES de Brasil en 1976, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario en 1978, ABRASCO en Brasil y CEAS-Ecuador (ambos en 1979), Maestría de Quito en 1980, y Maestría de La Paz en 1984 (Breilh, 1995: 66).

<sup>49</sup> En realidad Samaja emplea el concepto de *interfaz* o *interface jerárquica*, no “interfase”, término al que le otorga un sentido diferente (Samaja, 2004: 137-138).

la epidemiología crítica identificando (2003: 33-40): un período Formativo, en los años ‘70s; una etapa de Diversificación, correspondiente a los años ‘80; y un período de Consolidación o Praxiológico: años ‘90 hasta la actualidad. Estos tres momentos corresponden aproximadamente a tres etapas en las que periodiza los aportes teórico-metodológicos del CEAS, destacando las principales categorías desarrolladas y empleadas en cada uno de ellos. En la primera etapa correspondiente a los años 1976 a 1991 tuvieron lugar los aportes para la construcción de una “nueva objetividad en salud”, donde sobresalen *Reproducción Social, Modo de Vida*<sup>50</sup>, *Determinación, Clases Sociales, Perfil Epidemiológico*. Entre los años 1991 y 1995 ubica un segundo momento en el que la atención se concentra en la “Triple Inequidad” en la determinación de la salud, con las categorías *Clases, Género, Etnia*, además de *Inequidad, Modo de Vida*,<sup>51</sup> *Corepidemia*. Por último recorta un tercer y último período de 1995 a 2002 donde, en el marco de los diferentes modelos de Desarrollo Humano, propone un “Neohumanismo Popular” al que le corresponde una “Nueva Subjetividad en Salud”. A nivel conceptual se destacan *Exposición e Imposición* distinguiéndolos y continuando a través de estos la crítica de la factorialidad; *proceso* incorporado en la perspectiva de una *Matriz de Procesos Críticos*, persistiendo en la denostación de la visión estática y fragmentaria implícita en la concepción de *factores*. Esta última etapa entronca con la necesidad planteada por el autor de concebir de una manera superadora al *sujeto de conocimiento y de la acción*. Con la ayuda de estas nociones, siguiendo las indicaciones gramscianas de acción contrahegemónica y emancipadora, además de los conceptos de hegemonía y subalternidad, llama a la construcción de un Bloque Popular, al que diferencia de lo que implicaría un “Frente Unico” por la Salud, proceso imprescindible para las posibilidades de una transformación social, que enmarcará a la nueva Epidemiología con participación popular y poder emancipatorio y a cuyo fin tenderá ésta.

Al calor de ese proyecto científico-político Breilh intenta avanzar sobre la construcción de una epidemiología crítica y define lo que considera un nuevo paradigma para la

---

<sup>50</sup> A pesar de ser destacado por Breilh como uno de los conceptos importantes en su producción de esa época, dentro de los textos analizados dicho concepto es incorporado recién en: Breilh, 2003 (pp. 237 y 239). La categoría empleada en sus desarrollos es *Reproducción Social* y no *Modo de Vida*. El autor remite la utilización de este último concepto a su texto de 1979 (véase 2003: 87), pero en el mismo no hemos encontrado su empleo en ningún momento.

<sup>51</sup> Idem. nota anterior.

epidemiología, denominándolo “Praxiológico” donde la *praxis* constituye un elemento fundamental (2003: 81-87 y 148-152). Este, sostiene, halla su fundamento filosófico y metodológico en lo que llama Realismo Dialéctico<sup>52</sup>, inspirado en las tesis del Realismo Crítico del filósofo de origen indio Roy Bhaskar. El Realismo Dialéctico reconoce tres dominios u órdenes de la realidad en los cuales, a partir de la visión Praxiológica, puede analizarse la enfermedad: Real o General, Actual, y Empírico. Además permitiría una asunción crítica de la llamada Complejidad, la cual supone la presencia de las nociones de movimiento y multidimensionalidad. El movimiento tiene un “modo de devenir” determinado en formas de variables regulares/ irregulares, conexas/ inconexas, unitarias/ diversas, subsumidas/ generativas, reales/ empíricas, precisas/ borrosas” (2003: 123). Discute aquí la diferencia entre *determinación* y *determinismo*.<sup>53</sup> El anterior tratamiento del problema de la salud o salud-enfermedad como *objeto* de la Epidemiología da lugar aquí a la consideración de un más rico y complejo *objeto/ concepto/ campo* epidemiológico o de la salud.

También el Paradigma propuesto reconoce la necesidad de distinguir a los fines analíticos tres esferas o dimensiones: la Ontológica, la Epistemológica, y la Praxiológica (2003: 81). Lo Ontológico se refiere al estudio del Ser o naturaleza de la realidad-salud. En este caso el Ser u Objeto de la epidemiología es la “determinación epidemiológica como movimiento complejo” con todas las facetas inherentes a la complejidad: multidimensionalidad, dinamicidad, apertura sistémica, dominios, jerarquías y órdenes, relaciones de regularidad/ incertidumbre, discontinuidad, emergencia. Lo epistemológico refiere al modo de concebir la relación sujeto-objeto y la necesidad de contar con un metarrelato o narrativa metacrítica, a diferencia de lo que sostienen los teóricos del posmodernismo y quienes pregonan el desconstruccionismo, inscribiendo aquí a Lyotard, Deleuze y Guattari entre otros. Por último lo Axiológico o Praxiológico como forma de entender los *valores* en el conocimiento, insistiendo en el papel central de la *praxis* para esta dimensión. Breilh agrega luego otro eje

---

<sup>52</sup> El autor propone en este texto el reemplazo de “Materialismo Dialéctico” por “Realismo Dialéctico” al entender que aquel enfatiza el concepto de *materia* en vez del de *realidad*, pretendiendo expurgarlo de esta manera de cierto objetivismo que arrastraría. De esta manera, sostiene, podría explorarse la relación sujeto/objeto bajo una renovada visión marxista y recuperar la riqueza y complejidad de la realidad en sus distintas dimensiones (empírica, actual y global o general) (2003: 83, nota al pie.)

<sup>53</sup> Esta distinción, dice, no es realizada por A. Filho, lo que lo induciría a desechar la categoría *determinación* en sus desarrollos más recientes. Al respecto ver por ejemplo A. Filho, 2000: 108-111. En textos anteriores a

de análisis a los tres antedichos: el metodológico, el cual no es definido en este texto<sup>54</sup> sino utilizado en un cuadro comparativo con los paradigmas “dialécticos” positivista y formalista (2003: 150).

Como en otros textos realiza una crítica tenaz del paradigma/ concepto de *riesgo*. Éste, “como toda formalización positivista”, se caracteriza por (2003:205): “a) un vaciamiento del contenido histórico y una reificación de factores, b) ausencia de explicación de procesos generativos o reduccionismo probabilístico, c) aplanamiento ontológico/ metodológico/ praxiológico al plano empírico de factores asociados y manipulables, d) ambigüedad interpretativa”. Introduce aquí la distinción entre la noción de contingencia atribuible al concepto de *riesgo* y la de dinamicidad/ estructuralidad, patrimonio del concepto de *exposición* con sus distintos gradientes: eventual, crónica, y permanente o “imposición”. Vuelve una vez más sobre las categorías centrales de *clase social*, *etnia* y *género*, las cuales deberían enlazarse dialécticamente para el análisis epidemiológico ya que estos tres dominios o fuentes de inequidad “explican la estructura de relaciones de poder de una sociedad, de las que depende la distribución epidemiológica” (2003: 218), aunque sin confundir *centralidad en el análisis* con *jerarquía en la determinación*. La distinción se justifica dado que la primera implica la categoría central o especificadora de una investigación que dependerá del tipo de estudio que se está realizando, mientras la segunda explica que el poder deviene de la acumulación de riqueza, del excedente económico acumulado. Su propuesta culmina con una síntesis de lo que debería ser la epidemiología que se pretenda crítica: Intercultural, Intersubjetiva e Interdisciplinaria. Una forma de construcción de un metarrelato o metadiscurso que habilite la existencia y expresión de los distintos saberes que se gestan en grupos sociales específicos, esto es, la Interculturalidad, articulando la labor de los “intelectuales orgánicos” en sentido gramsciano con la producción discursiva no formal o académica, donde la comunidad tenga un rol activo a través de un proceso participativo en las tres etapas de acción epidemiológica en la gestión: planeación estratégica sobre necesidades en salud, monitoreo participativo de calidad de los procesos e información, y contraloría social de control de productos sanitarios (2003: 285-

---

éste el autor bahiano había adherido entusiastamente al uso de la categoría *determinación*, tomándola de una propuesta efectuada por Guillermo Rodríguez da Silva en año 1982.

<sup>54</sup> Lo metodológico fue definido en un texto anterior como los modos de conocer o “modo de pensar la realidad al actuar frente a ella”. Cfr. Breilh, 1995: 120.

296). En relación a los autores seleccionados para esta investigación, es interesante destacar que a lo largo del texto Breilh «discute» con varios autores, pero fundamentalmente con Samaja y Almeida Filho: analiza sus tesis, se apoya en ellas, las cuestiona, las reformula, es decir las interpela continuamente ubicándolos en el lugar de interlocutores privilegiados.

1) Abordaje de la noción subjetividad: El autor realiza un uso recurrente de los términos *sujeto y subjetividad*. Explicita y enfatiza que una de las tesis centrales de este ensayo es la necesidad de incorporar los otros sujetos en el sentido de los otros “saberes”, no académicos, marginados por la episteme moderna para integrarlos al objeto en una epidemiología meta-crítica, intercultural. Atacando la dicotomía objetivismo- subjetivismo u objeto-sujeto (2003: 44 y 82) sostiene que debe realizarse un abordaje dialéctico de estos dos polos, el Sujeto de transformación de la epidemiología y el objeto de transformación, en pos de la construcción de subjetividad, de conciencia social y de identidad. Según la visión Praxiológica, dice Breilh, “el objeto es el sujeto y el sujeto es el objeto” (2003: 121), o “El objeto del conocimiento tiene elementos subjetivos” (2003: 144). Puede entreverse aquí una semejanza a ciertas tesis de la dialéctica hegeliana.<sup>55</sup> De todas maneras Breilh reconoce como primigenio al “objeto de la naturaleza” que existen antes del surgimiento de la humanidad y se convierten en “objetos del conocimiento” en relación con los sujetos y mediados por sus estructuras simbólicas. Como ejemplo de lo que denomina *subjetivismo* y la falta de dialectización de los dos polos antedichos, lo que termina fetichizando el método, critica a los abordajes culturalistas o psicoculturalistas que prescindirían de los modos de vida y condiciones históricas de las personas o grupos limitando su análisis a los relatos espontáneos. El principal aporte de la Epidemiología Crítica debe propiciar el empoderamiento (empowerment) de la subjetividad, las formas organizativas y culturales de los “sin poder” dentro del marco de construcción política de un *Bloque Popular* emancipador. Por ello alerta sobre el “doble filo” que detentan algunos autores post-estructuralistas como Deleuze, Guattari y Derrida, que con sus planteos en contra del determinismo, dado su basamento liberal, caen en una nueva “forma de determinismo del sujeto atomizado y roto en mil pedazos liberales de ‘deseo productivo’” (2003: 112), proponiendo al fin una subjetividad individualista que extermina la idea de sujeto histórico.

---

<sup>55</sup> Puntualmente en relación a las presentadas en la *Fenomenología del Espíritu* de Hegel, citada anteriormente. Ver supra: Capítulo IV, pág. 42.

Contra esa corriente, afirma, la Epidemiología debe jugar un rol preponderante a través de la construcción de una nueva subjetividad del sujeto de la transformación. Esta es tratada a lo largo del texto pivoteando sobre su concepción tradicional de *conciencia* pero intentando un grado de formalización mayor. Por ejemplo hace alusión a la subjetividad con las nociones de *percepción*, *asunción*, y (no) *conocimiento* (2003: 229). En el análisis sobre los determinantes de la estructura del poder y la distribución epidemiológica, donde los dominios principales se identifican a partir de las categorías de clase social, género y etnia, identifica a los *procesos ideológicos* y el *poder de reproducción del poder simbólico* entre los mecanismos operantes en la reproducción de dichos dominios (2003: 222-223). Por último el autor hace una referencia al *psiquismo* (2003: 133) ubicándolo en el dominio “Empírico” relacionado con el fenotipo, subsumido como se planteó antes en el dominio “Actual” y éste a su vez en el “Real”, siguiendo las tesis de Bhaskar.

2) Línea teórica/ marco conceptual: continúa desarrollando lo que ha denominado alternativamente epidemiología crítica, contrahegemónica, o social. Aquí también la denomina como “Emancipadora”. El paradigma en el cual se inscribe es el materialismo dialéctico sustentado en las tesis fundamentales de Marx y Engels, que a partir de este texto prefiere llamar “Realismo Dialéctico” inspirado en el “Realismo Crítico”, programa filosófico-epistemológico del filósofo Roy Bhaskar. De todas formas continúa empleando reflexiones y categorías provenientes de otras corrientes y autores marxistas como Gramsci, Kosik, Kopnin, Marcovic; epistemólogos como Boaventura Santos, Latour, Moreno, Morin, Samaja; genetistas como Penchaszadeh; biólogos como Lewontin y Rose; antropólogos como García Canclini, Menéndez; y trabajos de los numerosos autores enrolados en el movimiento de la Salud Colectiva o Pública tanto Latinoamericana como foránea.

Como en sus otros trabajos critica los paradigmas “adialécticos” para cuyas concepciones la *praxis* es un elemento ausente o al menos externo. Entre ellos ubica por un lado al positivismo-empirismo y sus escuelas relacionadas como el funcionalismo, basadas en la metodología inductiva que surgen y desembocan tautológicamente<sup>56</sup> en posiciones objetivistas. Por otro al Racionalismo-Formalismo, con su expresión en la Fenomenología y

---

<sup>56</sup> Al partir del presupuesto de una realidad objetiva (social) inmutable reglada por leyes naturales independientes de la voluntad humana para terminar “comprobando” justamente eso.

el Psico-culturalismo, que empleando el método deductivo derivan en reduccionismos subjetivistas por los que se crea una realidad a partir de enunciados ideales creados por el pensamiento humano (2003: 143-147).

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *Reproducción Social* (RS): categoría central para explicar la realidad social dentro de la cual se generan y expresan en diferentes perfiles los procesos de salud-enfermedad, *Perfil Epidemiológico*: permite estudiar las contradicciones que determinan el modo de devenir de la salud, en los tres niveles de definición/ generación de los procesos de salud-enfermedad: general, particular (con grupos en distintas posiciones en la estructura de poder con modos de vida particulares) y singular. Es una forma de sistematizar los procesos destructivos y protectores que operan en la definición del modo de devenir o determinación de la salud (2003: 211); *Determinación*: modo de devenir definido, forma en que un objeto adquiere sus propiedades, con la productividad como principio conexo y necesario, definición basada en M. Bunge (1997); *Intersubjetividad, Interculturalidad*: los distintos saberes que se gestan en grupos sociales específicos, *Interdisciplinaridad*: relación entre saberes académicos compartiendo un espacio social común; *Objeto/ concepto/ campo de Salud* (O/C/C): define así lo que antes llamaba el objeto de la salud, incorporando entonces al objeto (dimensión ontológica) el concepto (dimensión epistemológica) y el campo de acción (dimensión práxica); *Praxis (actuar)*: categoría nodal en el pensamiento de Breilh, que subsume dialécticamente los momentos del pensar/ sujeto y del ser/ objeto; *hegemonía/ subalternidad/ contrahegemonía*: se basa en la definición gramsciana de los mismos; *Riesgo/ exposición/ imposición*: los analiza conjuntamente realizando una crítica del paradigma o concepto de *riesgo* que se sustenta en una visión reduccionista y estática de los procesos y mecanismos de generación de la salud-enfermedad considerando la *exposición* como una variable independiente que podrá estar o no, es decir que es contingente, eventual, asociada con la variable dependiente, el fenómeno estudiado, la enfermedad. Propone considerar la *exposición* como un proceso dinámico o mecanismo de generación de salud-enfermedad, dependiendo de la dialéctica de los procesos protectores y destructivos y según estén o no ligados al modo de vida de determinado grupo y al tiempo o número de exposiciones, distinguiendo entre exposición eventual, crónica y permanente o imposición. Con el concepto de *Inequidad* permite abordar los mecanismos que generan la

acumulación de poder, *Desigualdad*: manifestación empírica de la Inequidad; *Triple inequidad*: de *clase social*, *de etnia* y *de género*, explican la estructura de poder de una sociedad de la que deriva la distribución epidemiológica; *Procesos protectores/ destructivos*: actuantes en los niveles general, particular y singular. De la contradicción y el predominio transitorio y dinámico de alguno de ellos resulta la manifestación del polo “salud” o “enfermedad” del proceso salud-enfermedad; *Dominio real-general/ actual/ empírico*: dimensiones en las cuales se organiza y despliega la realidad, basado en la propuesta de R. Bhaskar; *Proceso crítico*: elemento del perfil epidemiológico destacado como objeto de investigación en un estudio, que implica una demanda de intervención y con potencialidad de transformación. *Bloque Popular*: construcción política abierta a la totalidad de los sujetos políticos emancipadores que enfatiza la transformación de las condiciones institucionales y estructurales pero dejando lugar a los problemas de la subjetividad (diferenciado del *Frente Único*, que sólo contempla el sujeto corporativo y reivindicaciones dirigidas al Estado).

| Matriz de análisis   |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| Texto  | Presentación  | Abordaje de la noción subjetividad   | Línea teórica/ marco conceptual   | Categorías/ conceptos   |
| I- <i>Epidemiología, economía, medicina y política</i> . 1988.             | Crítica de los fundamentos positivistas de la Epid. Clásica. Principios fundamentales de la Epid. Crítica: <i>determinación y distribución</i> del proceso S-E en la colectividad. <i>Reproducción Social</i> como categoría clave de análisis, y presentación de categoría <i>perfil epidemiológico</i> (de clase). Descripción de tres niveles concatenados donde se dan los procesos de reproducción y epidemiológicos: General, Particular y Singular.  | - <i>Subjetividad del investigador</i> : punto de vista (perspectiva social que determina su forma de enfocar/ interrogar el objeto).<br>-En cuanto al PSE: <i>subjetividad de clase</i>   | Epidemiol Social o “Contrahegemonía” (basada en los principios del método materialista dialéctico). | - <i>Producción social</i> (y D-I-C),<br>- <i>Reproducción Social</i> ;<br>- <i>Determinación, Distribución</i> ,<br>- <i>Clases/ estratos</i> ,<br>- <i>Método</i> ,<br>- <i>Perfil Epidemiológico</i> ,<br>- <i>Procesos protectores vs. procesos deteriorantes</i><br>- <i>Niveles/ dominios (G-P-I)</i> |
| II- <i>La salud-enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque</i> . 1990. | En la Reproducción Social (categoría central de análisis del proceso social) el sistema multidimensional de las contradicciones entre factores protectores y destructivos resultante de una dialéctica entre P-D-C define el perfil epidemiológico de las clases o grupos, y el perfil de S-E de los individuos, el que se especifica a través de mediadores. En el movimiento de la RS identifica distintas dimensiones. Una de ella es las relaciones político-ideológicas dentro de la cual ubica a la conciencia. | - <i>Conciencia</i> dentro de la dimensión <i>político-ideológica</i> del SMC de las clases que tiene lugar en el movimiento de la RS.<br>-Alude superficialmente a los <i>Significados</i> generados en el proceso de Producción y decodificados en el Consumo. | Epid. social (“moderna o científica”)   | -Perfil epidemiológico (de clase/ grupo),<br>-Perfiles de S-E (individual)<br>-Reproducción Social<br>-Mediaciones/ mediadores  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>III- <i>Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate.</i> 1994.</p>      | <p>Defensa del marxismo y de su valor para la Epid. Crítica. Crítica a Epid. Convencional. Análisis de la politicidad de la ciencia, su autonomía relativa y del rol mediador de la práctica científica en relación al contexto histórico. Categoría central: RS que enmarca el SMC entre factores protectores y destructivos fruto de una dialéctica entre P-D-C. Allí se define el Perfil Epidemiológico de las clases o grupos, el que se especifica a través de mediadores.</p>  | <p>-<i>Conciencia</i>: En el movim. de RS y el SMC de las clases que tiene lugar allí, identifica distintas dimensiones. Una es las relaciones político-ideológ. dentro de la cual ubica a la <i>conciencia</i>.<br/>-Alude a los <i>Significados</i> generados en el proceso de producción y decodificados en el consumo.</p> | <p>Epid. social (concepción marxista de la Epid., en pos de transformación del contenido y valor de uso de la Epid.)</p> | <p>-Reproducción Social<br/>-Sistema Multidimensional de Contradicciones.<br/>-Perfil Epidemiológico (de clase/ grupo),<br/>-Perfiles de S-E (individual)<br/>-Mediaciones/ mediadores</p> |
| <p>IV- <i>Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía Pedagógica para un taller de metodología.</i> 1995.</p> | <p>Contexto histórico e ideológico Medicina y Epidemiología Social. Periodización de aportes conceptuales (categorías) y metodológicos (apoyado en técnicas) de la Epid. Social. Debate sobre necesidad de articular <i>saber</i> científico-formal y <i>praxis</i> popular.<br/>Ramas de la Epid. Social: una es la “Epid. del poder, la conciencia y la organización”. Análisis crítico de la posibilidades y límites de técnicas cualitativas (Discurso como información): a) de Obtención del material (Historias de vida), y b) de Análisis del texto (A. de contenido o A. de discurso).</p> | <p>-<i>Conciencia</i> (autarquía, solidaridad).<br/>-Sujeto/<br/>-Ideología</p>  | <p>Epid. Social. (Crítica a lo que considera disciplinas adialécticas o positivistas distorsivas de la realidad.</p>     | <p>-<i>Reproducción Social</i> (en la Epid. del poder, la conciencia y la organización).</p>   |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p>V- <i>Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.</i> 2003.</p>  | <p>Contexto histórico-ideológico. Periodización de aportes teórico-metodolog. de la Epid. Crítica. Nuevo paradigma: <i>Realismo Dialéctico</i> (Realismo Crítico) con sus tres ejes: ontológico, epistemológico y axiológico. También despliega los diferentes dominios de la realidad: real/general, actual y empírico. Sostiene la pertinencia de la categoría determinación, la importancia de la reconstrucción del sujeto social/transformación y el rol de la Particip. Popular (interculturalidad). Propuesta de programa social emancipatorio (NHP) y Epid. contrahegemónica/ emancipatoria.</p> | <p>-Conciencia Social, Ideología y Poder simbólico<br/>-Sujeto/ objeto del conocimiento-acción.<br/>-Organización/ empoderamiento<br/>-emancipación.<br/>- Percepción/ asunción/ conocimiento.<br/>-Psiquismo (sing/ fenotípico)</p> | <p>Epidemiología social<br/>Emancipadora<br/>Paradigma<br/>Praxiológico/<br/>Realismo<br/>Dialéctico.</p> | <p>-Intersubjetividad,<br/>-Interculturalidad,<br/>-Interdisciplinabilidad,<br/>-Exposición/ imposición,<br/>-Inequidad,<br/>-Clase/ género/ etnia,<br/>-Dominio/ dimensión,<br/>-Real/ actual/ empírico,<br/>-Determinación, Rep.Social,<br/>-Perfil Epid.,<br/>-Praxis/ praxiológico</p> |
| <p><u>Abreviaturas:</u> PSE: proceso salud-enfermedad; P-D-C: Proceso de Producción-Distribución-Consumo; PE: Perfil Epidemiológico (de clase); RS: Reproducción Social; SMC: Sistema Multidimensional de Contradicciones; O/C/C: objeto/ concepto/ campo. NHP: Neo Humanismo Popular.</p> |  |  |   |  |

## **CAPÍTULO VI**

### **LA NOCION DE SUBJETIVIDAD EN LA OBRA DE PEDRO LUIS CASTELLANOS**

#### **Subjetividad como momento de la Reproducción Social: la Reproducción de la Conciencia y la Conducta**

El mundo llora pidiendo comida  
Tanto dolor tiene en la boca  
Es dolor que necesita porvenir  
El compañero cambiaba al mundo  
y le ponía pañales de horizonte.  
Juan Gelman. *El infierno verdadero*.

Podría decirse que Castellanos se ubica al igual que los otros autores en la línea de la llamada Epidemiología Crítica o Social. Su ubicación en esta corriente puede pensarse a partir de los objetivos o metas que destaca para la disciplina así como por el conjunto de elaboraciones teórico-conceptuales, donde ocupa un lugar central la categoría Reproducción Social. Lo que le interesa a Castellanos es de que manera la Epidemiología puede intervenir en los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones, como momento de la reproducción social de éstas: esta disciplina debe aportar en su transformación del estado de salud poblacional y es considerada como una disciplina básica del campo de la Salud Pública, debiendo ser esta última, necesariamente, una política de Estado. En este sentido analiza críticamente el cambio producido a través del cual una Epidemiología *de* poblaciones, que se ocupa de la situación de salud de las poblaciones, mutó en una Epidemiología *en* poblaciones, que se interesa en enfermedades específicas y propicia intervenciones individuales. Por ello sostiene que si bien la Epidemiología puede mantener su aspiración al estudio y control de enfermedades específicas, debería hacer de las *inequidades sociales*, de las *brechas reducibles*<sup>57</sup> en los *perfiles de situación de salud* de las poblaciones, su leit motiv, su objeto de estudio y transformación.

En los trabajos analizados se evidencia una continuidad en el contenido y en su forma de

---

<sup>57</sup> Cabe preguntarse en relación a este concepto empleado si el adjetivo “reducible” no trasunta una «inevitabilidad» de las brechas entre distintos grupos sociales. En este sentido, ¿no debería ser brechas

tratamiento, lo cual es coherente con su manera de entender el proceso de investigación y de producción de conocimiento como un proceso de aproximaciones sucesivas, de que avanza produciendo nuevos y más ricos niveles de conocimiento y progresando en una síntesis explicativa que debe ser interdisciplinaria, de acuerdo a los recursos (teóricos, metodológicos, materiales) disponibles. Criticando la tesis popperiana según la cual la ciencia se limitaría a la acumulación de evidencias para verificación o refutación de hipótesis ya existentes, sostiene que en cada proyecto se abordan aspectos parciales del objeto y nunca el objeto en todas sus aristas, nunca el objeto «total».

### **Bibliografía sistematizada y analizada del autor:**

I) *Sobre el concepto de salud enfermedad: Un punto de vista epidemiológico*. CMS N° 42. Rosario. Diciembre 1987

II) *Algunas técnicas para el estudio de lo subjetivo, los problemas casi estructurados y el estudio de la situación de salud*. (Borrador de trabajo. OPS/ OMS. Rep. Dominicana). Agosto 1989.

III) *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Programa Análisis de la Situación de salud y sus Tendencias. OPS/ OMS. Mimeo. Junio 1991.

IV) *Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida. Consideraciones conceptuales*, preparado para el Seminario sobre Condiciones de Vida y Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Santa Casa, Sao Paulo, diciembre 1995. OPS/ OMS. Mimeo.

### **Análisis de los textos seleccionados y construcción de una matriz de análisis.**

**Texto I** *Sobre el concepto de salud enfermedad: Un punto de vista epidemiológico (1987)*.

El autor plantea la necesidad de desarrollar instrumentos teóricos para establecer relaciones entre lo individual y lo colectivo por un lado, y entre la *situación de salud y condiciones de vida por otro*, a fin de incrementar el poder explicativo de las

---

“evitables” el término empleado por una salud pública o colectiva que se pretenda verdaderamente transformadora de las inequidades sociales?

investigaciones en salud y aportar recursos teóricos y metodológicos para dar una respuesta de mayor eficacia y eficiencia a los problemas que se plantean en este ámbito. Enmarca la discusión en la controversia que tiene lugar desde fines de los '70 en Latinoamérica respecto del concepto *salud-enfermedad* y del nivel adecuado de definición y resolución de los problemas de salud. Describe tres niveles o dimensiones donde tienen lugar los fenómenos percibidos de salud-enfermedad, cada uno con leyes y principios propios y capacidad de resolución diferente: el nivel singular, el particular y el general, los cuales no son excluyentes sino incluyentes o recursivos entre sí. Enfoca la discusión hacia el rol de la Epidemiología en la explicación y transformación de la situación concreta y de las condiciones de vida de los grupos humanos.

1) Abordaje de la noción *subjetividad*: el *actor social* (individual o colectivo) es concebido en tanto *fuera social*, como eje central para el abordaje de determinada situación de salud. Se reconoce la importancia de la *perspectiva o punto de vista* del actor social que primero selecciona, luego enumera y describe, y por último explica hechos y fenómenos que constituyen los problemas de salud. Describe el proceso de la Reproducción Social, siendo uno de los cuatro momentos descriptos el de la reproducción de *la conciencia y la conducta*: “las relaciones entre los hombres y entre ellos y la naturaleza están mediadas por la conciencia y las formas de conducta que de ella se derivan” (1987: 22). Es decir las “formas de *percibirse* a sí mismos y al resto de los grupos de población y de *percibir* el mundo social y natural ante el cual definen sus conductas (conciencia individual, de grupo, de nación, de clase, nivel y formas de conocimiento de los procesos naturales y sociales, etc.)” (1987: 22).

2) Línea teórica/ marco conceptual: su propuesta es afín a la línea de la Epidemiología Social, tomando algunas categorías centrales del materialismo dialéctico tales como *Reproducción Social*.

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto: *dimensiones* y *espacios* (de definición o explicación-transformación de problemas): “espacio” referido a cual de los tres niveles definidos involucra: el *singular*, el *particular* y el *general*. El Singular o Individual está relacionado con las variaciones de salud verificados en individuos o agrupaciones de población por atributos individuales, el Particular a variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad en un mismo momento, y el General a flujos de hechos de la sociedad en

general; *determinación*: corresponde a la capacidad de delimitación del “espacio de variedad posible” de ocurrencia de los procesos y fenómenos de los niveles superiores sobre los inferiores; *condicionamiento*: las acumulaciones biológicas y sociales traducidas en organización que afecta los niveles superiores; *Reproducción Social*: ofrece una propuesta de operacionalización en cuatro momentos según las relaciones que se reproduzcan: Reproducción Biológica, Reproducción Relaciones de las Ecológicas, Reproducción de la Conciencia y Conducta, y Reproducción Relaciones Económicas; *principios y leyes*: discrimina éstos según cada espacio de delimitación y explicación de los problemas.

**Texto II** *Algunas técnicas para el estudio de lo subjetivo, los problemas casi estructurados y el estudio de la situación de salud (1989).*

Aborda en este trabajo la subjetividad en relación con la complejidad de la situación o los problemas de salud, definidos como “complejos y mal estructurados”. Dicha complejidad está dada por un lado en tanto fenómenos que se manifiestan en “diferentes espacios organizativos de la sociedad” (1989: 4) expresando variaciones entre las personas a nivel individual-singular, entre grupos de población a nivel particular, y entre diferentes formaciones sociales y momentos históricos correspondiente a lo general; y por otro lado debido a que “su proceso de determinación es el complejo proceso de *reproducción social* de las *condiciones objetivas de existencia*”, es decir las *condiciones de vida* (1989: 5). Este proceso implica cuatro momentos reproductivos: Rep. Biológica, Rep. Ecológica, Rep. de las formas de Conciencia y Conducta y Rep. Económica. Castellanos aborda *lo subjetivo* a partir de esta arquitectura general y los momentos de la Reproducción Social. Explora, explica y discute algunas técnicas para el abordaje de dichos problemas pretendiendo no introducirse en discusiones de carácter metodológico ni epistemológico y soslayando expresamente menciones sobre el estudio de indicadores según su acepción usual en epidemiología.

1) Abordaje de la noción *subjetividad*: hace referencia a “la forma en que los actores sociales *perciben* y *valorizan* de forma diferencial los fenómenos y situación de salud”, reconociendo la importancia que lo subjetivo tiene para el conocimiento científico y las decisiones que se toman en tanto políticas de salud. Cuando describe el Grupo de Discusión

sostiene, siguiendo a Ibáñez, que es “*la técnica para el estudio de lo ideológico*” (1989: 24, cursivas nuestras) y que “el conjunto de las interpretaciones y análisis permite reconstruir *los contenidos ideológicos* del discurso de grupo y recuperar la enorme riqueza de *lo subjetivo* expresado en el lenguaje”. Destaca la importancia de *lo ideológico y cultural* “tanto en la *percepción* de los problemas de salud y por tanto en la *definición de conductas*, como en el proceso mismo de *génesis* de enfermedades psíquicas y somáticas...” (1989: 27, cursivas nuestras). Los actos científicos, esto es las decisiones y procedimientos que el investigador realiza son de índole subjetiva: “En la investigación científica los actos de medición...son posteriores a los actos de precisión...no debe considerarse que los actos de precisión son subjetivos y los actos de medición objetivos...Sin embargo los actos de precisión son predominantemente decisiones subjetivas” (1989: 7). Lo subjetivo para este autor tiene una connotación amplia y abarca desde la definición y operacionalización de categorías y variables hasta la interpretación de los resultados, asumiendo estos pasos un “carácter” subjetivo “aún en el más sofisticado diseño y procesamiento estadístico de la información” (1989: 7). Lo *subjetivo* para Castellanos aparece en los estudios en dos aspectos: por un lado en el proceso de *reproducción de las condiciones de vida y de la situación de salud*. El método cobra aquí especial relevancia dado que la complejidad inherente a la situación de salud hace necesaria una reducción metodológica para hacerla accesible a la comprensión del investigador.<sup>58</sup>

Un segundo aspecto bajo el cual lo subjetivo existe es en la *identificación y valorización de los problemas de salud*, siendo ésta una cuestión abordable por técnicas de investigación. El autor divide los procedimientos para la investigación de los problemas de salud en 3 grandes grupos: los indicadores, las encuestas, y las técnicas de consenso o participativas. Los dos últimos han sido utilizados para el estudio de lo subjetivo, aunque las Encuestas no serían convenientes para abordar la subjetividad dado que “silencian” al actor social. Las técnicas denominadas KAP (Knowledge, Attitudes and Practices), las encuestas de prevalencia, etc. se mantienen en el espacio de la *manifestación* de los fenómenos. En

---

<sup>58</sup> Esta se viabiliza de tres formas (1989: 8-9): primero por medio de la compartimentalización de la realidad; segundo por medio de una reconstrucción de la complejidad mediante el enfoque de sistemas en simulaciones computarizadas; y por último por reducción de la complejidad mediante la construcción teórica, correspondiendo esto al método euclidiano donde la identificación de variables estratégicas (axiomas) permiten la explicación de la complejidad en su máximo nivel así como derivar de éstas, por inferencia lógica, la explicación de los niveles inferiores.

relación a las Técnicas Participativas (TP), se caracterizan por el énfasis que ponen en el estudio de lo subjetivo. Castellanos resalta la importancia de combinar las técnicas cuantitativas y las cualitativas, y ubica en el centro de la escena el lenguaje: “Lo característico de estas técnicas (participativas) es el uso del *lenguaje*. Del intercambio activo entre el investigador y el investigado, perteneciendo aquel al mismo orden de la realidad, él mismo es parte de la observación. Extender el campo de la observación a lo subjetivo es trabajar el *espacio de la comunicación entre el investigador y la sociedad, es decir el lenguaje*, y requiere utilizar los aportes de la lingüística” (1989: 12). Las Técnicas Participativas “se introducen en el espacio de *producción* de los fenómenos”, por lo que hacen posible la “manipulación de la información” así como de la “motivación y del propio sentido de los fenómenos...” (1989: 13).

2) Línea teórica/ marco conceptual: Castellanos centra su interés en los aportes que puede lograr la Epidemiología para la investigación de problemas complejos y no estructurados de salud y de la subjetividad, abordando en este texto las distintas técnicas con las que puede estudiarse la dimensión subjetiva de los problemas de salud. En este texto, al analizar las técnicas participativas, rescata los aportes realizados desde distintas disciplinas: la Sociología Funcionalista norteamericana con R. Merton en relación a la introducción de la “focused interview”, la Psicología Social norteamericana con los estudios de Kinsey sobre comportamiento sexual, la Antropología con los aportes de la Etnografía, fundamentalmente a través de la Entrevista Etnográfica y de la Observación Participante.

3) Categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *reproducción social*: proceso complejo de determinación de las condiciones objetivas de existencia; *Otras: condiciones objetivas de existencia (condiciones de vida), lenguaje, cultura, ideología*.

**Texto III** *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar* (1991).

Este es un documento de trabajo elaborado como borrador o anteproyecto para la discusión al interior del Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias de la OPS, con el fin de desarrollar sistemas de evaluación y monitoreo de las condiciones de vida y de salud de la población. Propone un modelo teórico que contempla tres elementos: condiciones de vida, problemas de salud/enfermedad y respuestas sociales en salud. Luego

realiza consideraciones metodológicas sobre la identificación de necesidades y problemas de salud según los diferentes actores sociales, resumiendo en tres las formas en las cuales “esta estructura latente” de necesidades ha sido estudiada: mediante el empleo de un método deductivo, de un método inductivo, y de un método analógico,<sup>59</sup> ubicando en esta tercer forma de estudio las técnicas participativas o “de síntesis”. Por último introduce herramientas metodológicas para la reducción de la complejidad de los problemas de salud y para la articulación por medio del concepto de “sistemas de matrices de datos”, de unidades de análisis, variables e indicadores de diferente nivel en un mismo Proyecto de investigación.

1) Abordaje de la noción subjetividad: el autor hace hincapié en la *percepción* y la *representación social* de determinadas necesidades en salud por los diferentes actores. Las necesidades en salud determinadas por las condiciones de vida no siempre se convierten en problemas: para ello deben ser *percibidas* por los actores sociales y luego serán *representadas* como problemas. Diferentes problemas son *identificados* y *jerarquizados* de distinta manera por diferentes actores sociales. La reproducción de los procesos de la conciencia y la conducta se realiza “tanto a nivel individual -procesos de conformación de la personalidad- como colectivo, en los procesos educativos formales e informales. Se expresan en formas de conciencia individual, de grupo, de clase, de nación; en valores, hábitos y formas de representación social de la realidad en salud, y en formas de comportamiento frente a las necesidades y problemas de salud... la participación y la organización constituyen expresiones relevantes de esos procesos” (1991: 22).

2) Línea teórica/ marco conceptual: el autor aborda su objeto de estudio, las condiciones de vida y de salud de distintos grupos poblacionales, a partir de la revisión crítica de conceptos y métodos de la epidemiología clásica y de la planificación en salud. A partir de allí intenta avanzar sobre esa “base” proponiendo un modelo teórico que busca considerar de manera integral las condiciones de vida, las necesidades/ problemas de salud y las respuestas sociales.

3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *condiciones de vida*: mediadoras entre la inserción social y la situación de salud; *necesidades* y *problemas* (de

---

<sup>59</sup> Estas tres formas de inferencia son discutidas por Samaja en su libro *Epistemología y Metodología* destacando la inferencia analógica o “abductiva” sobre las demás por su capacidad heurística en cuanto a las ideas científicas . Cfr. Samaja, 1999: 86-87).

salud): las necesidades en el proceso reproductivo que no son resueltas por las acciones de salud se manifiestan como variaciones del riesgo. Si son percibidos por los diferentes actores sociales son representados como problemas; *espacios*: niveles de organización de la realidad; *reproducción social*, con sus 4 momentos o dimensiones: Biológico, de la Conciencia y Conducta, Ecológico y Económico.

**Texto IV** *Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida. Consideraciones conceptuales (1995).*

El autor se refiere en este texto al reconocimiento y abordaje de la dimensión subjetiva en los fenómenos de salud colectiva. Sostiene que esta dimensión tanto en su aspecto individual como colectivo, sólo puede investigarse haciendo uso de determinadas técnicas cualitativas y de determinados procedimientos como los de combinación o “triangulación” de métodos.<sup>60</sup> Para el estudio de esta dimensión subjetiva “se trata...no sólo de la incorporación de un bagaje adicional de técnicas, sino de una dimensión del objeto de estudio y, por lo tanto, de la necesaria reconceptualización de los fenómenos de estudio y de su proceso de determinación” (1995: 24).

1) Abordaje de la noción subjetividad: La subjetividad es considerada como una de las *dimensiones* de la situación o los fenómenos de salud. Castellanos plantea que el ser humano no solo produce bienes y servicios sino que también confiere a cada uno de sus actos y productos un *valor simbólico*.

La categoría *Representación Social* es propuesta para analizar de que manera las *necesidades* se “convierten” en *problemas* para los actores sociales involucrados. El autor analiza la distintas formas de *identificación* de problemas para diferentes actores sociales o para un mismo actor social en diferentes momentos, la “forma como estas necesidades se relacionan con la subjetividad del actor social (individual y colectivo), con sus propios

---

<sup>60</sup> El autor trata aquí indiferenciadamente método y técnicas. Algunos autores como Breilh insisten en distinguirlas claramente sosteniendo que mientras aquel es único y define y orienta las técnicas a utilizar, éstas pueden ser variadas y combinarse en función de la investigación. Según esta interpretación, en sentido estricto puede hablarse de triangulación de técnicas pero no de métodos. (Para abundar en este ítem ver Breilh, J: *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*, Edit. CEAS, Ecuador, 2ª Edición, 1995:141. Ver supra, nota al pie n° 3 y 46). Incluso el mismo Castellanos, en el texto II analizado más arriba diferencia explícitamente el método de las técnicas, adjudicando al primero la capacidad de orientar de forma diferencial las técnicas empleadas en el proceso de investigación: “(las técnicas) no constituyen en sí mismas métodos de estudio de la realidad...por el contrario...constituyen herramientas cuya validez será muy diversa dependiendo del método en el cual se inscriba el esfuerzo del investigador...” (1989: 10).

proyectos, sobre todo en el espacio de lo cotidiano” (1995: 26). *Lo psicológico* es definido por el autor como “la capacidad de *representarse* el mundo circundante y de *predefinir el producto de su trabajo*” (1995: 29). Tal como en varios de sus textos, Castellanos propone los conceptos de Conciencia y Conducta, uno de los momentos en que articula la Reproducción Social, para el tratamiento de la subjetividad, enfatizando la coherencia y especificidad como elementos de la dimensión subjetiva: “Los seres humanos conforman colectividades...éstas comparten formas de conciencia y conducta que le confieren especificidad y coherencia haciendo posible la comunicación, los intercambios y la convivencia. Estas formas de Conciencia y Conducta se traducen en formas de *concebir* el mundo y las relaciones con otros seres humanos... reproducir los seres humanos, en tanto integrantes de poblaciones involucra reproducir sus formas de Conciencia y Conducta, el mundo de su *subjetividad individual y colectiva*” (1995: 30).

2) Línea teórica/marco conceptual: esta producción se enrola en las propuestas de Epidemiología Social. Analiza críticamente la transformación de una Epidemiología *de* poblaciones que propiciaba investigaciones e intervenciones de carácter colectivo, a una Epidemiología *en* poblaciones con enfoque e intervenciones individuales y de índole predominantemente curativos. En este texto propone asumir como objeto de estudio y de transformación las *inequidades sociales*. Realiza una presentación de la Teoría de la Complejidad o de los Sistemas Complejos, que utiliza para el abordaje de los problemas de salud; también se apoya en la teoría de la Planificación en Salud de Carlos Matus.

3) Categorías/conceptos utilizados en el texto: (*Arquitectura de la*) *Complejidad*: la realidad social y natural es compleja pero organizada conformando Sistemas Complejos Adaptativos que pueden evolucionar a partir de su interacción con el medio, es decir compuesta por innumerables objetos, seres, procesos y organizada en niveles de jerarquía crecientes, conformando así *estructuras jerárquicas*. A su vez presentan *cualidades emergentes*, producto del proceso de interacción de los elementos integrantes de los sistemas dinámicos (sean estos células, órganos, individuos, grupos poblacionales, etc.); (*Nivel*) *Ecológico*: nivel referido a poblaciones, donde se operan con tipos de diseños en los cuales las unidades de análisis y las variables predictoras no corresponden a individuos sino a colectivos. *Reproducción Social*: la reproducción de las condiciones necesarias para la vida y existencia del ser humano. Producción y reproducción de necesidades y problemas

(con los perfiles de morbi-mortalidad, discapacidades e insatisfacciones) y las respuestas sociales frente a ellas.

| <b>Matriz de análisis</b>  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>Texto</b>   | <b>Presentación</b>   | <b>Abordaje de la noción subjetividad</b>  | <b>Línea teórica/ marco conceptual</b>  | <b>Categorías/ conceptos</b>  |
| I- <i>Sobre el concepto de salud enfermedad: Un punto de vista epidemiológico.</i> 1987.   | Análisis de los motivos que reabren el debate en latinoamérica acerca del concepto de salud-enfermedad. Planteo de la necesidad de desarrollar instrumentos teóricos y metodológicos para el análisis de la situación de salud y dar una respuesta más eficaz y eficiente. Describe y analiza tres dimensiones donde tienen lugar los fenómenos percibidos de SE, cada uno de los cuales con leyes y principios propios y capacidad de resolución diferente: el singular, el particular y el general, los cuales son incluyentes o recursivos entre sí. | - <i>Perspectiva</i> del actor social en la definición/ explicación de los problemas.<br>- <i>Conciencia y conducta: percepción</i> de los propios actores sociales y de sus relaciones con los otros actores y con el medio en el que definen sus conductas | Epidem. Social<br>Categorías del Marxismo: Reprod. Social   | -Determinación<br>-Condicionamiento,<br>-Reproducción Social<br>-Dimensiones y espacios<br>-Principios y leyes<br>-Flujos de hechos |
| II- <i>Algunas técnicas para el estudio de lo subjetivo, los problemas casi estructurados y el estudio de la situación de salud.</i> 1989. | Aborda la subjetividad en relación al proceso de Reproducción Social y a la complejidad de los problemas/ situación de salud (definidos como “complejos y mal estructurados”), explorando técnicas para el abordaje de estos.   | -Percepción/ identificación/ valorización (fenom. salud) en la Reproducción social<br>-Lo ideológico, lo cultural  | Investigac. problemas no estructurados de salud y subjetividad.<br>Sociolog.<br>Funcionalista (USA).<br>Psicología Social/<br>Antropología/<br>Etnografía | -Complejidad<br>-Condiciones de existencia  |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>III- <i>Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar.</i> 1991.</p> | <p>Propuesta para promover el desarrollo de Sistemas Nacionales de evaluación y monitoreo de las condiciones de vida y de salud de la población. Propone un modelo teórico que contempla tres elementos: condiciones de vida, problemas de salud/ enfermedad y respuestas sociales en salud. Plantea la identificación de necesidades y problemas de salud según los diferentes actores sociales, en el marco del proceso de Reproducción Social.</p> | <p><i>-Percepción y representación</i> de las necesidades como problemas.<br/><i>-Identificación y jerarquización</i> diferencial según cada actor social (individual o colectivo)</p> | <p>Modelo integrador para estudio de condiciones de vida y salud (Epid., Planificación y modelos Holísticos). Planificación normativa, epidemiología clásica.</p> | <p>-Condiciones de vida,<br/>-Necesidades y problemas<br/>-Espacios y períodos<br/>-Reproducción social</p>     |
| <p>IV- <i>Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida. Consideraciones conceptuales.</i> 1995.</p>                                     | <p>El autor se refiere en este texto al reconocimiento y abordaje de la <i>dimensión subjetiva</i> en los fenómenos de salud colectiva. Sostiene que esta dimensión tanto en su aspecto individual como colectivo, solo puede investigarse haciendo uso de determinadas técnicas (cualitativas) y de determinados procedimientos (combinación o “triangulación” de métodos).</p>  | <p>-Valor simbólico (conferido a actos/ productos)<br/>-Representación<br/>-(Intencionalidad)<br/>-Conciencia y conducta<br/>-Concepción del mundo</p>                                 | <p>Epid. Social de poblaciones<br/>Complejidad, Planificación en Salud.</p>   | <p><u>Cat/ conceptos:</u><br/>Complejidad y Sistemas Complejos Adaptativos, Ecológico, Reproducción Social.</p> |

## CAPÍTULO VII

### LA NOCION DE SUBJETIVIDAD EN LA OBRA DE NAOMAR ALMEIDA FILHO.

#### Subjetividad y Epidemiología del Modo de Vida

Tal vez o mundo não seja pequeno  
Nem seja a vida o fato consumado  
Quero inventar o meu propio pecado  
Quero morir de meu propio veneno.  
Chico Buarque & Gilberto Gil. *Cálice*.

Almeida Filho es uno de los primeros epidemiólogos en proponer la palabra “crítica”<sup>61</sup> para adjetivar a la epidemiología que intenta oponerse y superar a los abordajes tradicionales, regidos por la lógica inductivista y (mono) causal. A este autor le interesa oponer epidemiología y clínica en cuanto a sus niveles de estudio e intervención, más que insistir en «apellidar» a la epidemiología. Su postura crítica se manifiesta a través de las reflexiones epistemológicas y propuestas conceptuales realizadas en sus textos, entre otros respecto al raciocinio epidemiológico convencional y problematizando el concepto de riesgo. A diferencia de otros autores analizados en esta investigación como Castellanos y más claramente aún en relación con Breilh, la presencia del materialismo dialéctico es menos notorio en este autor, habiéndose abierto en forma más ostensible a los aportes de la antropología (Young, Bibeau & Corin), epistemología (Canguilhem, Samaja) y, en los últimos años, a algunos autores que pueden enlistarse en lo que genéricamente se denomina pensamiento complejo (Thom, Zadeh, Newton Da Costa, etc.).

En la propuesta de una epidemiología del modo de vida, puede reconocerse, tal como lo hace el autor bahiano, la contribución inicial de Cristina Possas (1989). Pero vale consignar que, salvo dicha propuesta inicial incorporada de hecho a la propia reflexión de Almeida Filho, esta autora no continuó desarrollando dicha línea de trabajo. En los últimos escritos analizados se trasunta una intención más abarcadora al proponerse sentar las bases para una Teoría General de la Salud. En este ambicioso modelo, el proyecto de Modo de Vida se reformula para ser incorporado al mismo.

---

<sup>61</sup> Cfr. Almeida Filho, 1992: 10, 73.

### **Bibliografía sistematizada y analizada del autor.**

Del material escrito (libros, textos, ponencias, artículos para revistas, etc., tanto en forma individual como en coautoría), a los que se ha tenido acceso, se han elegido para el presente análisis aquellos en los cuales el autor alude o trabaja, de manera explícita o implícita, con la noción de “subjetividad”.

I) *Variables económicasociales, ambiente familiar y Salud Mental infantil en un área urbana de Salvador (Bahía), Brasil*. Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 1990, 36 (3-4), 147-154. Coautoría con Ana Cecilia Souza Bastos.

II) *Morbidade Psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre)*. CENEPI, Informe Epidemiológico do SUS, Junio 1992, 72-86.

III) Epidemiología sin Números. Una introducción crítica a la ciencia Epidemiológica. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 28. OPS (1992a).

IV) *A Clínica e a Epidemiologia..* APCE/ABRASCO, Salvador – Rio de Janeiro. (1992b).

V) *Por una Etnoepidemiología*. Cuadernos Médicos Sociales N° 61- Año 1992. (1992c).

VI) *La práctica teórica de la Epidemiología Social en América Latina*. Congreso Iberoamericano de Epidemiología, Granada, España. En Revista Salud y Cambio – Año 3, N° 10, pp. 25-31. Chile. (1992d).

VII) *La ciencia Tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, Bs. As. 2000.

VIII) *For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes*. (Por una Teoría General de la Salud: anotaciones epistemológicas y antropológicas preliminares). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17(4):753-799, jul-ago, 2001.

IX) *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis*. Ciencia & Saúde Coletiva. 9(4): 865-884. 2004.

### **Análisis de los textos seleccionados y construcción de una matriz de análisis.**

**Texto I** *Variables económicasociales, ambiente familiar y Salud Mental infantil en un área urbana de Salvador (Bahía), Brasil (1990)*.

Este estudio se propuso investigar las relaciones entre condiciones socioeconómicas (clase social) de los padres, salud mental de los padres, ambiente familiar precoz (estimulación temprana) y salud mental infantil. Los datos fueron recogidos en una muestra representativa

de 545 niños entre 5 y 14 años de edad, integrantes de 330 familias residentes en una “invasión” (villa miseria) de Salvador, Bahía. Las Técnicas utilizadas para la recolección de la información en esta investigación fueron dos instrumentos de screening para evaluar salud mental de los niños a través del Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI)<sup>62</sup>, cuyo puntaje -valor- se constituye en medida de la variable dependiente del estudio, y la salud mental de los padres por medio del Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA)<sup>63</sup>. Además un inventario llamado HOME A y B , para uso de 0-3 años y 3-6 años, respectivamente, consistente en determinados procedimientos como entrevista con la madre y observación directa de interacción madre-hijo; por último, una Ficha Familiar para registro de datos económico-sociales y demográficos. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de regresión lineal y múltiple y se consideró la muestra como un todo, estratificada por edad y sexo del niño e inserción productiva de los padres. Se encontró una muy fuerte correlación entre calidad de estimulación en el ambiente doméstico y el nivel de salud mental de los niños, no así entre el nivel socioeconómico de los padres o su nivel de salud mental con respecto a los niveles de salud mental de los niños.

1) Abordaje de la noción subjetividad: en este texto se trabaja con el concepto de *salud mental infantil* (SMI), que es definida como la variable dependiente de la investigación. La subjetividad está tomada en su *faceta psíquica*, como *estado* de salud o de enfermedad mental, y en su *dimensión individual*. En el estudio se operacionaliza la variable SMI a través de un indicador o instrumento de medición, el QMPI, instrumento de screening cuyo puntaje representa el *valor* de la variable, la “medida bruta del estado de SM del niño”.

2) Línea teórica/ marco conceptual: el presente artículo tiene un fundamento de Epidemiología clásica o “convencional”<sup>64</sup>, consistente en la asignación de características o atributos, en este caso la variable SMI, a individuos (niños), con correlación de variables definidas, dependiente e independiente/ s con desarrollo y uso de instrumentos y técnicas para medirlas, en búsqueda de asociación estadística significativa, a través de razonamiento

---

<sup>62</sup> Este instrumento comenzó a ser desarrollado por A. Filho en 1977, y en el marco de su Tesis de Maestría. Cfr. A. Filho, 1990: 148 y 2000: 167. El mismo es presentado en el artículo de su autoría *Development and assesment of the QMPI. A brazilian children's behavior questionnaire for completion by parents*. Soc. Psychiatry, 17/3: 256-62, 1980 (Citado en A. Filho, N.& Santana, V., 1986).

<sup>63</sup> Instrumento desarrollado por Vilma Santana, en 1978. Cfr. A. Filho, N. & Santana, V., 1986; y A. Filho, N. 1990: 148.

inductivo-etiológico. El propósito definido es investigar la existencia de *correlación* entre Clase Social y SM infantil. La hipótesis que se pretende testear es la “asociación entre condiciones Socioeconómicas, Salud Mental de los padres, ambiente familiar precoz y Salud Mental infantil.” Sin embargo se evidencia la intención del autor por ensanchar el campo conceptual de la disciplina. La hipótesis del estudio apunta a la relación entre *clase social*, categoría oriunda de las Ciencias Sociales y *salud mental infantil*, categoría correspondiente al Campo de la Salud Mental a partir de un indicador que mide variables del ámbito psicológico y emocional. Al finalizar el estudio se hace referencia a la estructuración psíquica originaria de los individuos, territorio de las teorías psicológicas y su relación con la calidad del ambiente social precoz, afectado a su vez por las necesidades básicas de consumo colectivo como, por ej. vivienda.

3) Categorías/conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos). *Clase Social*: que define a través las dimensiones “renta familiar mensual per cápita (ingreso)”, e “inserción productiva de la madre y del padre”; *Estimulación precoz*, que define a partir de las siguientes dimensiones: a) interacción diversificada con los padres y b) acceso del niño a la variación cultural, c) cuidados regulares y rutinarios, d) seguridad en el ambiente de juego, e) cuidados relativos a la salud, f) ausencia de restricción y punición.

**Texto II** *Morbidade Psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) (1992).*

El objetivo de este estudio fue abordar descriptivamente el perfil de las necesidades de salud mental en muestras representativas de población adulta, mayor de 14 años, residente en 3 regiones metropolitanas (RM) de Brasil, a través del análisis epidemiológico de datos individuales agregados por área ecológica y grupo familiar. Fue un estudio “multifásico” al desarrollarse en 2 etapas. En la primera se aplicó un instrumento de screening, para detección de probables casos psiquiátricos, el Questionário Psiquiátrico de Morbidade em Adultos (QMPA) y una Ficha Familiar para la recolección de datos socioeconómicos y demográficos, en una muestra de aproximadamente 2000 individuos en cada una de las 3 RM. En la segunda etapa del estudio se aplicaron entrevistas personales en una submuestra de aproximadamente 300 individuos por RM para confirmación diagnóstica mediante el

---

<sup>64</sup> En términos del propio autor. Cfr. A. Filho, 1992a: 31, 36.

empleo del inventario de síntomas DSM-III<sup>65</sup> adaptado para este estudio. Se consideraron dos indicadores de morbilidad psiquiátrica: la Estimación de Prevalencia Global (EPG) y la Demanda Potencial Estimada (DPE). En cuanto a los resultados, este estudio muestra que San Pablo presenta menores prevalencias en todos los grupos con respecto a las otras RM; en relación a los diagnósticos, los disturbios neuróticos (sobretudo ansiedad y fobia) son los más frecuentes para todas las RM y para ambos sexos, ocupando un lugar importante las depresiones no-psicóticas (especialmente en las mujeres) y el alcoholismo (especialmente en los hombres).

1) Abordaje de la noción subjetividad: trabaja con el concepto de *Morbilidad psiquiátrica en adultos* (MPA), la cual se constituye en la variable dependiente del estudio. La subjetividad está tomada en su *faceta psíquica*, como *estado* de salud o de morbilidad mental y en una dimensión individual. Esta variable MPA es operacionalizada y medida a través de dos indicadores: la *estimación de prevalencia global* (calculado en base a la suma de casos de trastornos mentales detectados por el QMPA y confirmados y ajustados por el Inventario de síntomas DSM-III modificado), y la *demanda potencial estimada* (definida como prevalencia de casos potencialmente necesitados de asistencia, a partir de la autoreferencia del entrevistado).

2) Línea teórica/ marco conceptual: se enmarca en la Epidemiología clásica o “convencional”: definida por el estudio y asignación de características o atributos, la variable MPA a individuos (adultos), agregados para su análisis según área ecológica y grupo familiar y discriminados según región metropolitana, sexo, y grupo diagnóstico. Realiza un análisis de *prevalencia* de la variable dependiente. Se realiza la definición previa de variables dependiente e independientes y el desarrollo y uso de instrumentos y técnicas para medirlas. Emplea elementos conceptuales provenientes de la Psiquiatría y Psicología.

3) Categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *Morbilidad psiquiátrica*; Categorías del campo psiquiátrico (nosografía tomada del DSM-III y adaptada a la realidad local): *Disturbio* (ansiedad, fóbico, conversivo, obsesivo-compulsivo, adaptativo), *depresión*, *manía*, *psicosis*, *abuso de sustancias*, *retardo mental*, etc.

---

<sup>65</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –3<sup>rd</sup> Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C. (1a Edic. 1994).

**Texto III Epidemiología sin Números. Una introducción crítica a la ciencia Epidemiológica.** (1992a).

La noción de subjetividad es tratada principalmente en el Capítulo III: “*El objeto de la epidemiología. Concepciones de la enfermedad*”. Sostiene que habría tres concepciones como formas de “especificación del objeto salud-enfermedad”. Primero una concepción Ontológica: la enfermedad como entidad independiente, como poder externo al individuo; luego la Dinámica: existencia de un equilibrio entre el ambiente y el organismo que en caso de romperse produce alteraciones fisiológicas que derivan en patología o disfuncionalidad; y por último la Sociológica: proveniente de la Sociología Médica norteamericana. Uno de sus principales exponentes, Talcot Parsons, desarrolló la concepción del “rol del enfermo” (sick role). Esta corriente realiza una distinción entre *enfermedad* (disease) y *mal o dolencia* (illness)<sup>66</sup> como “estado subjetivo experimentado por el individuo encuadrado en el papel de enfermo” (1992a: 14).

1) Abordaje de la noción subjetividad: a través del concepto de *illness*, que el autor toma de Mervin Susser y es definido como “estado subjetivo experimentado por el *individuo* encuadrado en el papel de enfermo”, el autor aborda el aspecto subjetivo de los padecimientos, en su dimensión individual. En cuanto a propuestas metodológicas con los cuales investigar estos aspectos, en el Capítulo 6 “Desarrollo de instrumentos en la investigación epidemiológica”, ejemplifica con la construcción de un cuestionario para la detección de trastorno mental infantil, y orienta las preguntas hacia *comportamientos, opiniones, conocimientos, juicios*, etc. Distingue los síntomas relativos al *comportamiento* entre *objetivos* que no supondrían “juicios del observador” como “enuresis o robo”, y *subjetivos* que si suponen dichos juicios como “hiperactividad, mal humor, ansiedad, timidez” (1992a: 45, cursivas más).

2) Línea teórica/ marco conceptual: En este texto el autor explicita su intención de avanzar en la delimitación rigurosa del campo disciplinar correspondiente a la epidemiología aportando a los principios epistemológicos de la misma, trazando una clara distinción con respecto a la clínica y a la llamada epidemiología clínica. Y a partir de allí se posiciona en el marco de una epidemiología que propone llamar “crítica”, con una postura “más

---

<sup>66</sup> En textos posteriores A. Filho va a traducir el término *illness* al portugués como *enfermidade*. Ver infra en el análisis del texto VIII.

politizada” en consonancia con la línea marcada por la medicina social (1992a: 9-10). Realiza una crítica al inductivismo y al causalismo, propios de la epidemiología convencional (Cap. X). En el tema que atañe a esta investigación, la noción de subjetividad, realiza algunas consideraciones a partir de la sociología médica norteamericana.

3) Categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): enfermedad (disease): conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva; determinación: según definición de M. Bunge (Cfr. supra, pág. 15-16).

**Texto IV** *A Clínica e a Epidemiologia- Cap VIII: “Esboço de um novo Paradigma para a Epidemiologia” (1992b).*

**Texto V** *Por una Etnoepidemiología. (1992c).*

Se analizan los dos trabajos conjuntamente pues el autor realiza consideraciones y un tratamiento del tema muy similar en ambos. Para las referencias se utiliza el primero de ellos (1992b).

Almeida Filho comienza señalando algunas limitaciones y obstáculos epistemológicos planteados en la disciplina. Según el autor algunos de ellos son el problema de la *causalidad*, el del *objeto* de conocimiento disciplinar, y el del papel de la *inferencia estadística* en el análisis epidemiológico. Parte de estos problemas y límites se deberían a la falta de “categorías integradoras” entre las que propone “paradigma científico”, amparándose en los desarrollos de Khun. Tres serían los paradigmas en juego en epidemiología: el de Causalidad, el de Riesgo y el Modelo Ecológico de enfermedad. En este último encuadra la propuesta de una “Etnoepidemiología”, única manera, dice, de abordar y explorar creativamente los objetos científicos disciplinares que no se subordinan al raciocinio inductivo convencional. En lo conceptual, dice, esta nueva disciplina deberá integrar la etnología y la epidemiología, y en lo metodológico deberá conjugar las técnicas cuali y cuantitativas.

1) Abordaje de la noción subjetividad: el autor sostiene que la epidemiología debe poder abordar “*aspectos simbólicos* tales como el *valor, relevancia y significado*, del riesgo y sus determinantes” (1992b: 110). Los problemas de salud son complejos, de naturaleza subjetiva y clínica, proponiendo para su estudio el enfoque de *modelos de fragilización* en vez del de *riesgo*. Los “factores de riesgo sociales’... son la expresión del Modo de Vida de

los grupos poblacionales” (1992b: 110-111). El *valor*, la *relevancia* y el *significado* del riesgo y los determinantes de este son algunos de los “aspectos simbólicos” correspondientes a la dimensión subjetiva, abarcando tanto comportamientos individuales como instancias correspondientes a fenómenos sociales (relaciones de producción, dinámica de las clases sociales, etc.).

2) Línea teórica/ marco conceptual: el autor se posiciona en el marco de la Epidemiología Crítica, reflexionando sobre las limitaciones de los paradigmas de la Causalidad y del Riesgo en relación a un nuevo Paradigma que contemple un objeto totalizado con inter-determinación sistémica, con inferencia estructural como objetivo heurístico. Menciona aportes que otras ciencias como la Matemática, la Química y la Física podrían realizar a la constitución de un nuevo Paradigma. Entre dichos aportes subraya el estudio de fenómenos complejos, caóticos, con técnicas de análisis para procesos no-lineares o dinámicos.

3) Categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *Modo de Vida*: es una instancia amplia y fundamental determinante de los procesos de salud-enfermedad mediada por dos dimensiones: estilo de vida y condiciones de vida. También lo define como constructo teórico fundamental que implica tanto comportamientos individuales frente a la salud como las dimensiones socio-histórica, de clase social, y cultural con los aspectos simbólicos de la vida cotidiana; *Paradigma* (definido según T. Kuhn): como padrón de referencia o “modelo”, como herramienta de abstracción, y como visión del mundo o *weltanschauung*; (*Modelos de*) *Fragilización*: para reemplazar a los factores de riesgo, siendo más sensible a los aspectos simbólicos y de interacción de los grupos humanos.

#### **Texto VI *La práctica teórica de la Epidemiología Social en América Latina* (1992d).**

En esta ponencia ubica en la década del '70 el (re)surgimiento del movimiento de la Medicina Social con el nombre de Salud Colectiva y en respuesta a la coyuntura de las dictaduras militares y la represión política en latinoamérica, diferenciándola de la Salud Comunitaria a la que sitúa como continuación del proyecto preventivista. Dentro de las propuestas en la epidemiología latinoamericana discute y critica dos de ellas: la “Epidemiología de las Clases Sociales” de Jaime Breilh, y la “Teoría de los procesos de producción y salud” de Asa Cristina Laurell. Ambas constituirían teorías parciales que

deben ser incorporadas e integradas en un cuerpo teórico a otras teorías que contemplen cuestiones y dominios ausentes en el campo: lo *simbólico* y la *cotidianeidad* (1992d: 29).<sup>67</sup> Historiza la propuesta de una *Epidemiología del modo de vida* remontándola a 1987 y 1989, años en que él y Cristina Possas, respectivamente, proponen dicha línea de trabajo. El concepto Modo de Vida (MV)<sup>68</sup>, acuñado por L. Morgan y aludido en las obras de Marx y Engels, reconoce dos dimensiones: *Estilo de Vida* y *Condiciones de vida*. En este texto A. Filho rescata las reflexiones de Kelle & Kovalzon, para quienes el MV es “la esfera de consumo *individual* de bienes materiales y espirituales, es la esfera de la vida cotidiana *fuera* del trabajo... es una parte especial de la vida social vista la necesidad que tiene cada persona de reponer sus fuerzas gastadas en el proceso de la actividad laboral” (1992d: 29, cursivas mías).<sup>69</sup> El concepto de *cotidianeidad* de A. Heller adquiere importancia para la propuesta de este autor: dentro de las actividades cotidianas, caracterizadas por la “continuidad absoluta” que guardan por tener lugar “precisamente cada día” se podría abordar el tratamiento de lo simbólico en relación al proceso salud-enfermedad (1992d: 29).

1) Abordaje de la noción subjetividad: En el marco de su proposición general de constitución de una “Epidemiología del Modo de Vida”, aborda la noción de subjetividad a través de los *aspectos simbólicos*, identificando entre estos el *valor*, la *relevancia* y el *significado* del riesgo así como sus determinantes. Propone investigar las cuestiones simbólicas relativas al proceso salud-enfermedad por medio del *Sistema de signos & significados* relacionados a la percepción de los riesgos y sus factores, en lo que parece ser un primer acercamiento al Sistema de signos/ significados/ prácticas de salud, de los canadienses Bibeau & Corin que desarrollará con más detenimiento en trabajos posteriores<sup>70</sup>, sugiriendo la necesidad de desarrollar una etnoepidemiología.

2) Línea teórica/ marco conceptual: Se posiciona en el marco de la Epidemiología Social. Retoma planteamientos y nociones de la Antropología y del marxismo.

---

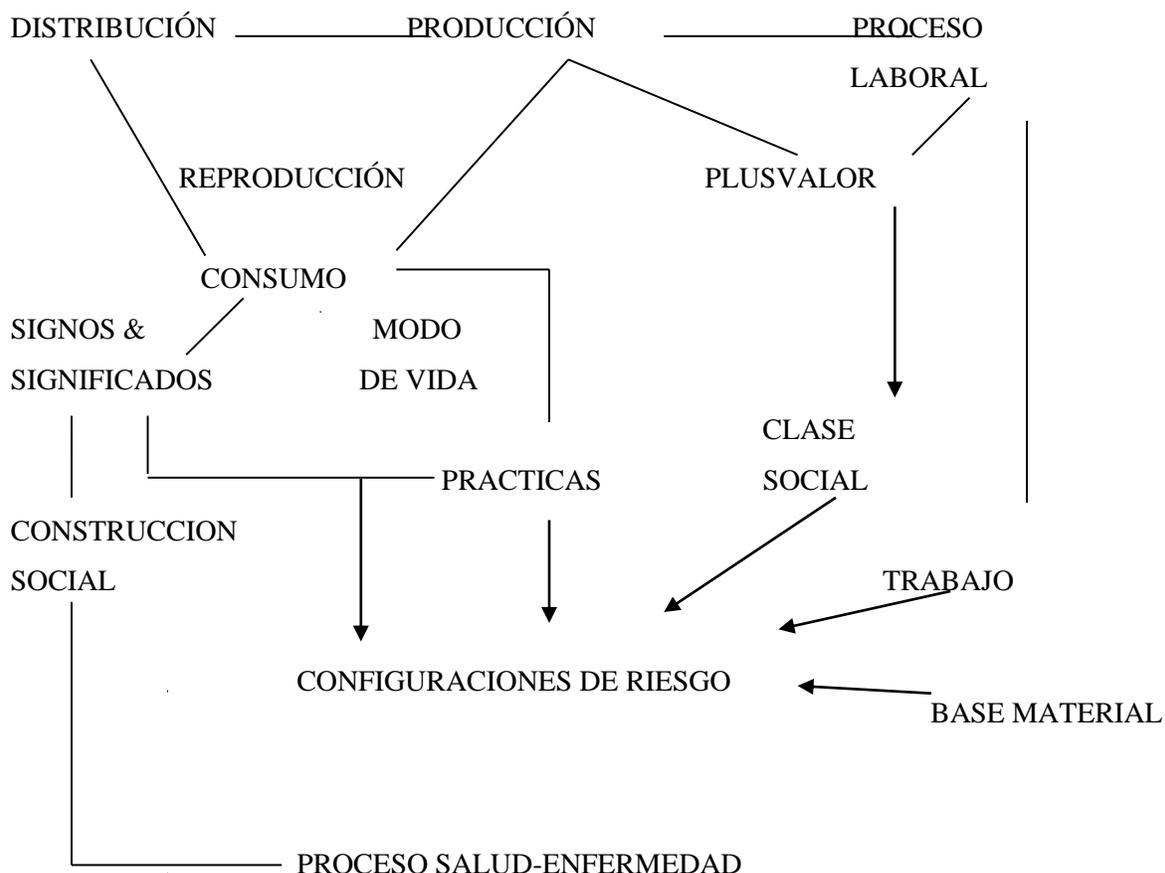
<sup>67</sup> A. Filho realizará este *tour de force* en el texto VIII analizado infra, donde se propone sentar las bases de una *Teoría General de la Salud* (Cfr. A. Filho, 2001).

<sup>68</sup> Possas habla de “Condiciones de existencia” o de “Condiciones generales de existencia”, como equivalentes de “modo de vida” (ver infra).

<sup>69</sup> Como se ve estos autores consideran el Modo de Vida a un nivel individual y como independiente y externo a la “esfera del trabajo”. Muy por el contrario creo que *Modo de Vida*, propuesto como el concepto o categoría central de una nueva teoría, debería abarcar todas las esferas de la cotidianeidad, incluida obviamente la del trabajo, además de no quedar limitado al plano de lo individual.

3) categorías/conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): el autor teoriza sobre dos categorías principales en este texto. El *modo de vida* es un constructo teórico fundamental...que implica tanto conductas individuales ante la salud como las dimensiones sociohistóricas, la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción, considerando asimismo los aspectos simbólicos de la vida cotidiana en sociedad. Con esta teorización intenta reducir la dependencia del *modo de vida* en relación a la esfera estricta de la producción económica. En segundo lugar definirá a la *cotidianeidad* en tanto categoría fundamental de la teoría social como el conjunto de las actividades cotidianas que tiene lugar precisamente cada día, es decir caracterizado por la continuidad absoluta. Se transcribe a continuación el cuadro con el que A. Filho grafica las relaciones de los procesos y categorías analizadas:

Teoría del Modo de Vida (1992d: 30)



<sup>70</sup> Véase infra, Textos VIII (2001) y IX (2004).

En este esquema el autor intenta relacionar los distintos componentes de una “Teoría del Modo de Vida”. Como puede apreciarse ubica el *Modo de Vida* y los *signos & significados* (lo simbólico/ subjetivo) como mediando el proceso de Producción/ Distribución/ Consumo hacia las prácticas que darán lugar a las distintas configuraciones de riesgo y a los procesos de salud-enfermedad.

**Texto VII** *La ciencia Tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Capítulo 8: “La Epidemiología del modo de vida” (2000).*

Aquí reproduce de manera más detallada y amplía argumentos expuestos en el texto anterior (1992d). Historiza el surgimiento de la noción de *Modo de Vida* (MV): en los escritos de los primeros antropólogos en el S. XIX (L. Morgan) y su conceptualización por Marx y Engels (2000: 158) como “forma definida de actividad de los individuos... (o) de expresar sus vidas” en *La Ideología Alemana*, y como “condiciones naturales...(o)...modo objetivo de existencia”, en los *Grundrisse*. Nuevamente cita las reflexiones de Kelle & Kovalzon, criticando luego su concepción de cultura por “individualista y psicologizante”. En 1920 y en el marco de la teoría marxista, A. Gramsci y G. Luckács retoman el interés por aspectos relativos a *lo imaginario* y *lo simbólico*. Rescata a Agnes Heller y su concepto de *cotidianeidad*, como fundamental para una teoría “microsocial marxista”, analizando la articulación del Modo de Vida con la esfera restringida de la producción económica. Esta autora subraya el carácter dinámico y heterogéneo de la cotidianeidad, caracterizada por la repetición y la continuidad absoluta de las actividades en el “día a día”, sin poder considerarla totalmente independiente de la voluntad de los individuos. Otro concepto discutido aquí es el de *estilo de vida*, según la propuesta realizada por Eduardo Menéndez (2000: 164-165)<sup>71</sup>. A. Filho ubica su propio aporte junto al de Cristina Possas: *Modo de Vida* mediado por las dimensiones *condiciones de vida* y *estilo de vida*, siendo este último

---

<sup>71</sup> Menéndez propone emplear *Estilo de vida* como concepto privilegiado para intentar comprender y analizar de que manera se traducen las *condiciones de vida* en problemas de salud-enfermedad. Es decir, como un intento de articulación entre el nivel *macro* (estructura social) y el nivel de los *grupos/sujetos*, incorporando al análisis las dimensiones materiales e ideológicas/ simbólicas. Según este autor la Epidemiología hegemónica transformó este rico y potente concepto en una variable o factor, reduciéndose el concepto a *conducta de riesgo*, eliminándose la articulación antedicha y limitándolo a la esfera individual del comportamiento (deslizándose hacia nociones culpabilizadoras e individualizantes de procesos socialmente complejos), sin

“las formas social y culturalmente determinadas de vivir, que se expresan en conductas, tales como la práctica de deportes, dieta, hábitos, consumo de tabaco y alcohol” (2000: 165). Resumiendo entonces, el estilo de vida entendido como *formas de vivir expresada en conductas*. Señala como tarea inconclusa el estudio de los aspectos simbólicos en relación a la salud-enfermedad, que implicaría investigar los “signos y significados en relación a la percepción y distribución de los riesgos y sus factores” (2000: 166). De Juan Samaja rescata la idea de *producción de sentido* como parte del objeto de la disciplina (2000: 166) y de Mario Testa su concepto de *prácticas de salud* o *prácticas de la vida cotidiana*<sup>72</sup> como ineludible para la fundamentación de una “teoría del modo de vida y salud” (2000: 167-173). Testa emplea el concepto de *habitus* (tomado de Bordieu) en el sentido de la “manera singular común que los individuos incorporan acciones y valores del mundo y reaccionan con comportamientos, predeterminada por una estructuración de las instancias psíquicas” (2000: 170), y lo hace equivaler al concepto de “usos”. Desde una posición que A. Filho califica como pragmatista, el autor argentino sostiene que “un objeto significa lo que se puede hacer con él, (...) un sujeto ‘significa’ lo que es capaz de realizar, una operación (significa) lo que se obtiene con ella...” (2000: 171).

En el marco de la Etnoepidemiología el autor bahiano propone reemplazar el clásico abordaje de los factores de riesgo por *modelos de fragilización*.<sup>73</sup> Sostiene que los factores de riesgo sociales son nada más que la expresión del modo de vida de grupos poblacionales.

1) Abordaje de la noción subjetividad: realiza un tratamiento similar al de los textos anteriores analizados: 1992b, 1992c, 1992d. Enmarca el estudio de las cuestiones subjetivas en la perspectiva de una “Epidemiología del Modo de Vida” o “Etnoepidemiología”. Las nociones propuestas para aludir a la subjetividad son *imaginario* y *simbólico*, (retomadas en las elaboraciones de A. Gramsci y G. Luckács), *cotidianeidad* (A. Heller), *producción de sentido* (J. Samaja), *habitus* (de P. Bordieu, retomado por M. Testa) y *significación* (de M. Testa).

2) Línea teórica/ marco conceptual: Se posiciona en la perspectiva de una Epidemiología Social o Crítica. Uno de los puntos fundamentales a través de los que el autor intenta

---

tener en cuenta las condiciones estructurales en las cuales esos individuos están insertos e interactúan y el producto que surge de esa interacción. (Menéndez, E.L., 1998: 48 y ss.).

<sup>72</sup> En su libro *Pensar en salud*. Edit. Lugar. Colección Salud Colectiva. Bs. As., Argentina, 1993.

<sup>73</sup> O *modelos de vulnerabilidad*. Cfr. Almeida Filho, 2004.

sustentar una posición reflexiva sobre la necesidad de superar algunos impasses de la Epidemiología clásica es el tratamiento y discusión sistemática que desarrolla en sus últimos textos sobre uno de los pilares conceptuales de la Epidemiología: el concepto de *riesgo*. Realiza un análisis crítico de aportes de la Antropología, y del Marxismo a través de autores clásicos y contemporáneos, y recupera planteos desde una perspectiva Epistemológica de la salud, a partir de las propuestas de J. Samaja y M. Testa.

3) 3) categorías/ conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): el *Modo de Vida* será definido como en los textos anteriores, y contará con las dos instancias mediadoras, *estilo de vida* y *condiciones de vida*. Agrega que el tema que debe tratar la Epidemiología del Modo de Vida es “la incorporación del significado y del sentido al riesgo” (2000: 167); *cotidianeidad*: las actividades inherentes a la reproducción de los hombres particulares, los que crean las condiciones de la reproducción social; *habitus* (cercano al concepto de *usos*): manera singular común que los individuos incorporan acciones y valores del mundo y reaccionan con comportamientos, predeterminada por una estructuración de las instancias psíquicas.

**Texto VIII** *For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes* (2001).

En el comienzo del texto A. Filho propone un marco semántico inicial. Reconoce en Inglés 2 series semánticas: a) disease-disorder-illness-sickness-malady, b) impairment-disability-handicap, términos para los que propone sus correspondientes en portugués.

| <b>Inglés</b> | <b>Portugués</b> | <b>Español</b>          | <b>M. Susser</b>   |
|---------------|------------------|-------------------------|--|
| Disease       | patologia        | Enfermedad // patología | Fisiológico/ individual  |
| Disorder      | Trastorno        | Trastorno               |  |
| Illness       | Enfermidade      | Padecimiento            | Subjetiva, percepción psicológica de la disfunción/ individual |
| Sickness      | Doença           | Malestar // enfermedad  | Disfunción social  |
| Malady        | Moléstia         | ¿Dolencia?              |  |

*Nota:* Fuente para los términos de las columnas “Inglés” y “Portugués”: A. Filho, 2001. Las nociones correspondientes a “M. Susser” y “Español” son agregadas a los fines comparativos del presente trabajo. Fuente para “M. Susser”: Susser, M. 1991. Fuente para “Español”: elaboración propia. //: significa que el primer término traduciría el del Inglés y el segundo el del Portugués propuesto por A. Filho. Por ejemplo el término “doença” se traduce al Español como “enfermedad”, pero el término “enfermedad” corresponde al término inglés “disease”. En portugués se habla de “processo saúde-doença” que correspondería al “proceso salud-enfermedad” en Español. Es destacable que el autor considere equivalente el término “illness” con “enfermidade”, disponiendo en portugués del término “adoecimento” que parecería más adecuado en este caso.

Luego de propuesto el marco semántico se presentan diversos campos disciplinares que han tratado las diferentes formas de “no-salud”, según el tratamiento que ofrecen las Teorías Sociológicas y las Antropológicas. En cuanto a las primeras el autor hecha mano a las consideraciones de autores como D. Field y M. Susser<sup>74</sup>, quienes han relacionado la “no-salud” con la subjetividad, con la experiencia subjetiva del estado *individual* de “mala salud” (ill health), “indicado por sentimiento de dolor, disconfort, y molestia”. Esta contempla un cierto estado de conocimiento, conciencia o «estar atento», corporal o psicológicamente, en relación a la enfermedad (disease) (2001: 755). A continuación pasa revista a los modelos antropológicos, discutiendo las propuestas de Kleinman, Young, Goog & Good y Bibeau & Corin. Para A. Kleinman *illness* corresponde a procesos de *significación* de *sickness*, esto es la forma como los individuos *perciben, expresan y lidian* con el proceso de enfermar (2001: 757). Para B. Good & MJ. Good *disease* corresponde a alteraciones biológicas y/o fisiológicas, e *illness* estaría situado en el dominio del *lenguaje y del significado* y por lo tanto constituye una experiencia humana, siendo ésta

<sup>74</sup> M. Susser ha sido uno de los primeros en destacar las diferentes formas que asume el término correspondiente a lo A. Filho llama “no-salud”, reconociendo tres formas o modalidades: disease, illness y sickness, correspondientes a los tres términos del “Complejo DIS” de A. Young, discutido en el artículo.

fundamentalmente semántica. La transformación de *disease* en una experiencia humana y en un objeto de atención médica ocurre a través de un proceso de *atribución de significado*. Por lo que no sólo *illness* sino también *disease* son constructos culturales. Estos autores señalan que la noción de *illness* como *red de significación* corresponde a la necesaria relación entre los significados individuales de *illness* y la red de significaciones de cada contexto cultural al cual pertenecen los individuos (2001: 758). A. Young realiza una crítica de los modelos propuestos por B. Good & M.J. Good y por A. Kleinman, apuntando que no están contemplados los modos por los cuales las relaciones sociales generan y distribuyen los padecimientos, y que la distinción entre *illness* y *disease* es insuficiente para explicar las dimensiones sociales del proceso de enfermar (*becoming ill*). Young propone tres series de categorías con nivel jerárquico equivalente: *disease*, *illness* y *sickness*, bautizado por A. Filho como “Complejo DIS”. Para Young, a través del proceso de medicalización, la condición “ill” es reducida al nivel biológico e individual sin considerar sus dimensiones históricas, políticas y sociales (2001: 758). En el artículo son citados también los trabajos de los canadienses G. Bibeau & E. Corin, quienes proponen un esquema analítico para analizar los diferentes niveles de determinación de los fenómenos de salud, basado en 2 categorías, las *condiciones colectivas estructurantes*, y las *experiencias organizadoras* (2001: 760). Las primeras abarcan el macro contexto, es decir los condicionantes ambientales, las redes de poder político, los parámetros de desarrollo económico, los legados históricos, y las condiciones diarias de existencia o modos de vida. Mientras, las experiencias organizadoras representan los elementos del universo socio-simbólico del grupo que actúan para mantener la identidad grupal, los sistemas de valores y la organización social. De esta manera los sistemas semiológicos y los modos de producción se relacionan para producir la experiencia de enfermarse (*falling ill*). Estos autores sostienen que en las esferas de producción simbólica de las comunidades, los signos corporales, lingüísticos y comportamentales son transformados en síntomas de un padecimiento (*illness*) determinado, adquiriendo significados causales específicos y generando determinadas reacciones sociales, dando lugar a lo que identifican como el Sistema de signos, significados y prácticas de salud (Ss/s/p S, SmpHs por sus siglas en inglés). El saber popular sobre Salud y su contraparte expresado en el Complejo DIS, dicen, están articulados y expresados en términos de Ss/s/p construidos social e

históricamente (2001: 760). Para A. Filho los abordajes científicos de la antropología y sociología al tema salud han llegado a su límite, demostrándose las grandes dificultades que presenta el concepto *salud* para ser tratado como un objeto científico. Así, desliza la pregunta: ¿Puede la “salud” como concepto constituirse en objeto-modelo de una eventual Teoría General de la Salud?, y analiza los posibles aportes de la Epistemología en la respuesta a este interrogante.

Hacia el final del artículo, se propone una “modelización de la Salud”, donde las diferentes modalidades de la salud y las correspondientes categorías de no-salud se organizan de acuerdo a planos jerárquicos de emergencia en tres niveles: el subindividual (sistémico/ tisular/ celular), el individual (clínico/ privado), y el colectivo (epidemiológico/ poblacional/ social), realizando una representación esquemática de los planos de emergencia y los Modos de salud (2001: 765-767).

| <b>Planos de emergencia</b> | <b>Categorías de No-salud</b> | <b>Modos de salud</b> | <b>Descriptorios empíricos</b> |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Subindividual               | Patología                     | Normalidad            | Estado                         |
| Individual                  | Disease (estructural)         | Salud normal          | Signos & síntomas              |
|                             | Disorder (funcional)          |                       |                                |
|                             | Illness                       | Salud privada         | Sentimientos                   |
| Colectivo                   | Riesgo                        | (1 – riesgo)          | Medida                         |
|                             | Morbilidad                    | Salubridad            | Situación                      |
|                             | Sickness-doencia              | Salud social          | Ss/s/pS                        |
| Síntesis                    | Salud-enfermedad-cuidado      |                       | Formas (integrales de s/e/a)   |

Nota: El término “Salud Privada” tomado de H.G. Gadamer es el modo de salud íntimo, particular, privado, que no puede hacerse público. Traducimos como “salubridad” el término “Healthiness” del texto. “Ss/s/pS”: Sistema de signos/significados/prácticas de salud (“Ssmph” en inglés) de G. Bibeau & E. Corin.

Almeida Filho hace corresponder las *categorías de no-salud* con los modos de salud y sus respectivos descriptorios empíricos. Para *illness*, siempre ubicado en un nivel *individual* según se apuntaba anteriormente, define los *modos de salud individual y privada*: “*Salud privada*, con la fenomenología gadameriana, y *Salud individual*, el objeto de una Epidemiología del modo de vida: ambas se refieren a la categoría *illness*” (2001: 767). A

estos dos modos de salud le corresponden como descriptores el *status* y los *sentimientos*, respectivamente. En el nivel colectivo ubica la noción de *Sickness* y propone la *Salud Social* como su Modo de Salud y el *Ss/s/p* como su descriptor.

Al analizar la importancia de la Epistemología, cita los aportes de Canguilhem, Samaja y Gadamer. De Canguilhem destaca la idea de la salud como posibilidad y capacidad de superar crisis determinadas por las fuerzas patológicas, de establecer nuevas normas. De Samaja toma sus desarrollos en torno al paradigma de los Sistemas Complejos Adaptativos, y en ese marco la *salud* como objeto complejo con 4 determinaciones ontológicas (Normatividad, Dramaticidad, Reflexividad, Historicidad), con distintos niveles de integración, interfaces jerárquicas e información. Con respecto a la hermenéutica de Gadamer recuerda su concepción de salud como algo imposible de constituirse en un objeto científico, como algo íntimo, relativo al ámbito privado, personal.

1) Abordaje de la noción subjetividad: subjetividad es abordada por medio de varias nociones. A través del concepto *illness*, aquí expresado como una de las dimensiones del estado de no-salud y en un plano individual. Correspondería a *procesos de significación*, como una forma en que se *percibe, expresa y lidia* con el proceso de enfermar. En la presentación de descriptores, propone *status* y *sentimientos*. También presenta una de las categorías centrales de análisis de Bibeau & Corin, las *experiencias organizadoras* como un intento de dar cuenta de los elementos subjetivos o del *universo socio-simbólico* de los grupos: a través de ellas los signos corporales, lingüísticos y comportamentales son transformados en síntomas de un padecimiento (*illness*) determinado, dando lugar a lo que llaman Sistema de signos, significados y prácticas de salud, a la que ubica para el abordaje de procesos en el plano colectivo de emergencia de su esquema. Como lo que podríamos llamar modos de la subjetividad pueden rescatarse: significación y red de significación, percepción, valorización, expresión.

2) Línea teórica/ marco conceptual: El marco teórico para este intento de elaborar una Teoría General de la Salud (TGS) está basado en consideraciones y reflexiones desde la Sociología y la Antropología (fundamentalmente de autores estadounidenses y canadienses) y la Epistemología, intentando aportar al campo de reflexión de la Salud Colectiva. En el texto asume un lugar preponderante las consideraciones de Canguilhem, así como las de Bibeau & Corin, Gadamer y Samaja.

3) Categorías/conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *illness, disease, sickness* (Cfr. supra); *significación*: red de símbolos construidos en el acto interpretativo; *condiciones colectivas estructurantes*: corresponde al macro-contexto que abarca los condicionantes ambientales, redes de poder político, parámetros económicos legados históricos y las condiciones diarias de existencia (o modos de vida); *experiencias organizadora*: son los elementos del universo socio-simbólico del grupo que actúan para mantener la identidad grupal, el sistema de valores y la organización social.

**Texto IX** *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis (2004).*

Realiza un desarrollo que es coincidente al Texto VI (1992d), al Texto VII (Cap. 8 de *La Ciencia Tímida*) y al Texto VIII (2001). Analiza críticamente dentro de la Epidemiología Social Latinoamericana, las propuestas de Breilh y de Laurell. Pasa revista también a modelos de la Epidemiología Social Norteamericana, de base funcionalista, destacando las “teoría del stress” y la “teoría del cambio cultural en salud”. Retoma el análisis de la teoría de los Sistemas de signos/ significados/ prácticas en Salud (Ss/s/p) de G. Bibeau & E. Corin y luego el concepto de *Modo de Vida* con el mismo enfoque que en los textos antedichos.

1) Abordaje de la noción subjetividad: propone estudiar los aspectos subjetivos en el marco de la Etnoepidemiología como forma de subsanar las insuficiencias dejadas por el Materialismo Histórico en el tratamiento de los aspectos o dominios *simbólicos* y de la *cotidianeidad*. Lo *simbólico* adquiere aquí importancia central y es patente la influencia de las concepciones de Bibeau & Corin: define a lo simbólico como el “sistema de signos y significados relacionados a la distribución y percepción de riesgos y sus factores” (2004: 878). El objeto de esta Etnoepidemiología sería la “incorporación del *sentido* y *significado* al riesgo, sus factores y sus efectos, abriendo la epidemiología al estudio de la situación de salud, pero también de las *representaciones* de salud, etc. a través del concepto ‘prácticas de salud’”. En cuanto al abordaje convencional de factores de riesgo considera necesario reemplazarlo por el de los “modelos de vulnerabilidad” como sistema complejo de efectos patológicos y que sería más acorde a los aspectos simbólicos y a la interacción entre los sujetos y su medio ambiente, cultura e historia (2004: 882).

En síntesis, para el autor el análisis del modo de vida y salud requiere “una semiología y una pragmática de los procesos de salud-enfermedad-cuidado...(en un doble) proceso de

construcción social, tanto como producto de actos concretos de exposición-protección a factores y configuraciones de riesgo, efecto de estilos de vida,...(como así también) a *procesos de reconocimiento y designación* de anormalidad y presencia de patología, etapas previas de las respuestas sociales delante de los problemas de salud” (2004: 882, cursivas mías). Con el concepto de Modo de Vida, además, pretende ubicar la potencialidad para el análisis en un nivel colectivo ya que este concepto no se refiere sólo a conductas individuales frente a la salud sino que incluye “las dimensiones socio-históricas, englobando la dinámica de las clases sociales y de las relaciones sociales de producción, siempre considerando los aspectos simbólicos de la vida cotidiana en la sociedad” (2004: 882).

2) Línea teórica/ marco conceptual: como en el resto de su producción analizada en los últimos años (1992a en adelante) sus aportes se orientan a la constitución de una Epidemiología de signo crítico. Analiza y discute diversas teorías y disciplinas: elementos de la Sociología Funcionalista y la Epidemiología Social Norteamericana con su teoría del stress y del cambio cultural en salud; la Epidemiología Social Latinoamericana a través de las propuestas de Breilh y Laurell; el Marxismo, de donde rescata el concepto central de esta propuesta; la Antropología Médica a partir de E. Menéndez; la Antropología Transcultural con la teoría de S/S/P de salud de Bibeau & Corin; la propuesta “epistemológica” de practicas en salud o teoría de las prácticas sociales en la cotidianeidad articulada a una teoría del sujeto y relacionada con teorías del sentido, del significado y de la acción, de Mario Testa.

3) categorías/conceptos utilizados en el texto (y modo de definirlos): *Modo de Vida*: construcción teórica basal que contempla tanto conductas individuales ante la salud así como dimensiones socio-históricas, la dinámica de las clases sociales y las relaciones de producción y los aspectos simbólicos de la vida cotidiana; *Simbólico, Cotidianeidad* (Cfr. supra, textos IV y VI); *prácticas de salud o de la vida cotidiana* (M. Testa): equivalente a modo de vida; *modelos de vulnerabilidad*: concepción de riesgo que intenta contemplar las especificidades simbólicas y el carácter interactivo de la relación entre los sujetos y su medio, definido como sistema complejo de efectos patológicos.

| <b>Matriz de análisis</b>  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <b>Texto</b>   | <b>Presentación</b>  | <b>Abordaje de la<br/>noción<br/>subjetividad</b>                                     | <b>Línea<br/>teórica/<br/>marco<br/>conceptual</b>                                 | <b>Categorías/<br/>conceptos</b>                         |
| I- <i>Variables económicas, sociales, ambiente familiar y Salud Mental infantil en un área urbana de Salvador (Bahía), Brasil. 1990.</i> | Se propone investigar las relaciones entre condiciones socioeconómicas (clase social) de los padres, salud mental de los padres, ambiente familiar precoz y salud mental infantil. Screening de la muestra mediante instrumentos QMPI y QMPA, Ficha Familiar e Inventario HOME; técnicas de regresión lineal y múltiple. Resultados: fuerte correlación entre calidad de estimulación en el ambiente doméstico y el nivel de salud mental de los niños; no así entre el nivel socioeconómico de los padres con respecto a los niveles de salud mental de los niños   | - <i>Salud mental Infantil (Variable dpte), Faceta psíquica, Dimensión individual</i> | Epid.<br>Clásica (con conceptos de las Ciencias Sociales, Psicología, Psiquiatría) | -Clase social,<br>-Estim. Ambiental precoz               |
| II- <i>Morbidade Psiquiátrica en regiones metropolitanas do Brasil (Brasilia, Sao Paulo e Porto Alegre). 1992.</i>                       | Objetiva describir perfil de necesidades de salud mental en muestras representativas de población adulta (mayor de 14 años) de 3 regiones metropolitanas de Brasil. Análisis epidemiológico de datos individuales agregados por área ecológica y grupo familiar en 2 etapas, muestra y submuestra. Se empleó QMPA (screening de casos morbilidad psiq.) + Ficha Familiar (datos socioeconómicos y demográficos); luego entrevista personales para confirmación diagnóstica. Resultados: mayor frecuencia de disturbios neuróticos (ansiedad y fobia) y también depresiones no-psicóticas y el alcoholismo. | - <i>Morbil psiquiátrica adultos (Variable dpte), Estado (de MPA) Faceta psíquica</i> | Epid<br>Clásica.<br>(Conceptos de Psiquiatría- psicopatología)                     | De la Psiquiatría y Psicopatol. Trastornos psiquiátricos |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <p>III- <i>Epidemiología sin Números. Una introducción crítica a la ciencia Epidemiológica.</i> 1992a.</p>  | <p>Tres concepciones de enfermedad: a) Ontológica; b) Dinámica; y c) sociológica (Sociología Médica NA). Talcot Parsons y su “rol del enfermo” (sick role). Distinción entre disease (enfermedad) e illness (mal o dolencia).</p>  | <p>-<i>Illness</i>: mal o dolencia (sociología médica NA)</p>                               | <p>Epid. crítica<br/>Con empleo de conceptos de Sociología médica NA</p> | <p>-Enfermedad (disease)</p>  |
| <p>IV- <i>A Clínica e a Epidemiologia. Cap VIII: Esboço de um novo Paradigma para a Epidemiologia.</i> 1992b. (V- <i>Por una Etnoepidemiología.</i> 1992c).</p> | <p>Capítulo VII: problemas de la Epidemiología: el de <i>causalidad</i>, el del <i>objeto</i> de conocimiento, y el del papel de la <i>inferencia estadística</i> en el análisis epidemiológico, en parte por falta de “categorías integradoras” tales como “paradigma científico” (Khun). 1º) P. de causalidad; el 2º) P. de riesgo; y el 3º) Modelo ecológico de enfermedad. Encuadra a la propuesta de una <i>Etnoepidemiología</i> en el marco de este último Paradigma. En lo <u>conceptual</u> ésta: deberá “integrar las perspectivas etnológica y la epidemiológica”; en lo <u>metodológico</u> deberá “integrar los abordajes cuali y los cuantitativos”.</p> | <p>Lo <i>simbólico</i>: valor, relevancia y significado del riesgo y determinantes</p>      | <p>Epid. crítica. (Matemat., Física, Química)</p>                        | <p>-Paradigma,<br/>-Riesgo,<br/>-Causalidad,<br/>-Fragilización</p> |
| <p>VI- <i>La práctica teórica de la Epidemiología Social en América Latina.</i> 1992d.</p>  | <p>Propuesta de una <i>Epidemiología del modo de Vida</i> (MV) para contemplar aspectos ausentes en el campo hasta el momento: lo simbólico y la cotidianidad. Dos dimensiones del MV: <i>Estilo de Vida</i> y <i>Condiciones de vida. Cotidianidad</i>: dentro de esta el autor propone la consideración de “la cuestión simbólica respecto del proceso salud-enfermedad”.</p>  | <p>-Lo <i>simbólico</i> como valor, relevancia y Significado del riesgo y determinantes</p> | <p>Epid. crítica. Marxismo clásico y autores contemporáneos.</p>         | <p>-Modo de Vida<br/>-Cotidianidad</p>                              |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>VII- <i>La ciencia Tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología.</i> Capítulo 8: <i>La Epidemiología del modo de vida.</i> 2000.</p> | <p>Surgimiento concepto <i>Modo de Vida</i>: antropología (S.XIX); Marx y Engels la conceptualizan. 1920: <u>Gramsci y Luckács</u>: retorno de la preocupación por los aspectos de <i>lo imaginario y lo simbólico</i>. <u>Heller</u>: <i>cotidianeidad</i>: carácter dinámico y heterogéneo, <i>el MV</i> que desborda la esfera de lo productivo. Mediado por <i>condiciones de vida y estilo de vida</i>. <u>Testa</u>: <i>MV</i>: “espacio de las prácticas de la vida cotidiana”. Concepto de <i>habitus</i> (Bordieu) y <i>usos</i>: para <i>síntesis dialéctica entre contradicciones y conflictos del nivel individual y colectivo</i>, en relación a efectos integradores de la práctica de la vida social. <u>Etnoepidemiología</u>: <i>factores de riesgo por modelos de fragilización</i>.</p>     | <p><i>Imaginario/ Simbólico</i></p>  | <p>Epid. crítica<br/>Marxismo clásico y autores contemporáneos de la S. Colectiva</p>                        | <p>-Modo Vida<br/>-Cotidianidad<br/>-habitus/ usos<br/>-Representación social<br/>-Riesgo/ fragilización</p> |
| <p>VIII- <i>For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes.</i> 2001.</p>                                 | <p>Propuestas de la sociología, antropología y la epistemología para comprender los procesos de determinación de la salud-enfermedad. Complejo DIS (Young); <i>S s/s/p</i> y dos categorías analíticas de los fenómenos de salud (<i>condiciones colectivas estructurantes y experiencias organizadoras</i>) (Bibeau&amp;Corin). Distintos modos y categorías de <i>no-salud</i> se organizan en 3 planos jerárquicos de emergencia (subindividual, individual, y colectivo), cada uno con sus descriptores empíricos. Salud como posibilidad y capacidad de superar crisis y de establecer nuevas normas (Canguilhem). Sistemas Complejos Adaptativos (Samaja). Objeto de las Ciencias de la salud, como objeto complejo, con distintos niveles de integración, con interfaces jerárquicas e información.</p> | <p>-<i>Illness</i>: subjetiva, individual.<br/>-<i>Sickness</i>: nivel colectivo<br/>-Significación, Percepción, Valorización.</p> | <p>Teoría General de la Salud en el campo de la salud Colectiva. Sociología, antropología, epistemología</p> | <p>-Red y proceso de significación<br/>-Condic. colectivas estructurantes, experiencias organizadoras.</p>   |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p>IX- <i>Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis.</i><br/>2004.</p> | <p>Desarrollo similar al Cap. 8 de <i>La ciencia Tímida</i>. Aquí -2004- analiza además la teoría del Stress y del cambio cultural en salud, y con más detenimiento la teoría de los Sistemas de S/S/P en Salud de Bibeau&amp;Corin.</p> | <p>-Simbólico:<br/>sistema de signos y significados relacionados a la distribución y percepción de riesgos y sus factores</p> | <p>Epid Crítica,<br/>Sociolog.<br/>Funcionalista<br/>Antropología<br/>Marxismo.</p> | <p>Signos,<br/>Significado,<br/>Sentido,<br/>Percepción<br/>Representaciones</p> |
|---|--|---|---|--|

## CAPÍTULO VIII

En los capítulos anteriores se realizó un análisis exhaustivo de los desarrollos y recorridos de los tres autores referentes del campo de la epidemiología latinoamericana seleccionados. En el presente capítulo se profundiza la sistematización en el intento de articular y sintetizar las reflexiones propuestas en torno a la noción de subjetividad.

En relación a Jaime Breilh y los modos en los que concibe la subjetividad, puede intentarse deslindar etapas o períodos en los que la idea de subjetividad se presenta de distintas maneras. El concepto central para aludir a lo subjetivo es el de *conciencia* aunque también aparece ligado a *percepción-conocimiento*, *ideología*, *empoderamiento*, *poder simbólico*. En cuanto al lugar del investigador la subjetividad aparece connotada como *punto de vista* (1988). La noción breilhiana «temprana» de subjetividad es claramente de extracción marxista, donde confluyen categorías como ideología y posición de clase. Así, propone la existencia de una “subjetividad de clase” constituida por conciencia, ideas, ideología de clase social, y como superestructura de la base material-objetiva (1988). La conciencia está definida como el grado de autarquía o de solidaridad. Esto es ubicado dentro de su modelo de análisis al interior de la dimensión *político-ideológica* del Sistema Multidimensional de Contradicciones, donde pugnan valores y contravalores de la salud (1990, 1994, 1995). Al igual que Castellanos considera que en el proceso de Producción, no sólo se producen bienes sino también *significados* que son luego *decodificados* en el consumo (1990 y 1994). Más adelante incorpora a esa propuesta otras nociones como las de *empoderamiento* y *poder simbólico*. Por ejemplo en su análisis acerca de las tres categorías con las que se puede analizar el proceso de génesis y determinación de la estructura del poder en una sociedad y la distribución epidemiológica en ésta, establece los *procesos ideológicos* y el *poder de reproducción del poder simbólico* (noción que rescata de Bordieu) como parte de los mecanismos operantes en sus modos de reproducción.

En los últimos trabajos (2003) aparece una forma de hacer referencia a la subjetividad que no se hallaba presente antes a través de las nociones de *percepción* y *asunción*, derivadas en un potencial *conocimiento* de una situación de exposición, pero esto siempre dentro de la concepción general de necesidad de conocimiento-empoderamiento y elevación del “horizonte de visibilidad” o de conocimiento epidemiológico por parte de los trabajadores.

En la última etapa de su producción escrita la noción de subjetividad continúa pivotando en torno a la conciencia, pero parece intentar ampliarla a través de la presencia de la idea de *intersubjetividad*, así como la de *interculturalidad*, nociones relacionadas entre sí aunque sin una suficiente conceptualización en los escritos analizados. Puede pensarse que ambas son lógicamente necesarias en la producción de Breilh al ser *etnia* junto con *clase social* y *género* el trípode categorial básico sobre el que asienta su análisis de las inequidades sociales en salud.<sup>75</sup> A la vez tanto intersubjetividad como interculturalidad podrían ser comprendidas como nociones inherentes a su visión de la construcción de conocimiento epidemiológico en el cual la población tiene un rol y participación central.

Es ostensible el interés de Breilh por el “sujeto colectivo”, que en este caso es el grupo o colectivo social organizado, con grados crecientes de conciencia, con capacidad de actuar políticamente y de producir transformaciones sociales. Lo llama sujeto histórico, de la acción o de transformación, conceptos enlazados a su propuesta de una “Epidemiología Emancipatoria” y de un “Neo Humanismo Popular”, intentando recuperar la visión del marxismo en cuanto al rol del proletariado, clase referenciada por el autor ecuatoriano en sus distintos escritos como “el pueblo” o “los sin poder”. Por ello la dimensión privilegiada en el análisis de este autor será la de los procesos y fenómenos del nivel particular (grupos) y general (estructura social) a través de la noción de conciencia e ideología. La relevancia otorgada al nivel individual o singular de la subjetividad es limitada, apareciendo esta en tanto una de las dimensiones de la conciencia, y reservando para este nivel el término *psíquico/psiquismo* en alguno de sus trabajos (2003). Ubica a dicha noción en un dominio “Empírico” de la realidad<sup>76</sup> y relacionado con y expresado en el fenotipo individual. Al localizar la pertinencia de ese proceso en el nivel Empírico de su matriz, al que otorga un estatuto fenoménico, podría inferirse que considera entonces al psiquismo como una manifestación, algo así como una «superestructura» de procesos más profundos,

---

<sup>75</sup> Al respecto y para despejar dudas acerca de cual categoría debe revistar el papel principal en la explicación de los problemas de salud, el autor subraya que no debe confundirse centralidad en el análisis con jerarquía en la determinación. Centralidad implica que la categoría que se privilegie para determinado análisis, la categoría especificadora, dependerá del tema de investigación. Mientras que clase social, como expresión de la acumulación de riqueza, surge como la categoría con mayor jerarquía en la determinación y distribución de los problemas de salud, como “base ontológica primordial” de todo poder (2003: 221-222).

<sup>76</sup> Recuérdese que en el modelo propuesto por Breilh el dominio “Empírico” esta subsumido en el “Actual” y este a su vez en el “Real”.

estructurales-estructurantes y determinantes, que se generan y reproducen en los dominios más amplios y con mayor poder explicativo.

Este modo de entender la subjetividad<sup>77</sup> parece guardar coherencia con los valores y concepción general sobre el fin último de la epidemiología que cada cual sustenta: para Breilh esta debe fungir como instrumento potente de contrahegemonía con el objetivo explícito de la emancipación social en términos de transformación revolucionaria, estructural, de la sociedad, no limitándose a un usufructo académico, criticando y denostando los posicionamientos elitistas y cientificistas. En este punto es interesante el contrapunto establecido con otros autores, principalmente con N. Almeida Filho a lo largo de sus textos.<sup>78</sup>

Con respecto a las posibilidades de estudio de la *subjetividad*, y como ha sido expuesto, la Epidemiología es para Breilh un Objeto/ concepto/ campo, una herramienta de construcción de conocimiento de los problemas de la Reproducción Social en el ámbito de la salud y debe alimentar, y al mismo tiempo alimentarse de, un proyecto de emancipación social. En el mismo deberían participar mancomunadamente el sector estatal, el científico-académico y la comunidad o, en otras palabras, tanto el saber formal-científico como el informal-poblacional. En este sentido adquieren su significado las nociones de *interculturalidad* y de *intersubjetividad* del vocabulario breilhiano, en tanto el lugar reconocido a los otros “saberes”, y muy principalmente al “saber popular”. Si se sigue fielmente a Breilh, este actor debe participar activamente a la hora de programar, planificar y gestionar la salud en un sentido emancipatorio, junto con el Estado y el sector académico.

Es interesante notar que en términos metodológicos si puede interpretarse en Breilh cierto reconocimiento de la importancia de lo subjetivo en el nivel singular ya que realiza una revisión y discusión de técnicas intensivas-cualitativas que se emplean usualmente como forma de indagar aspectos del orden individual y no sólo grupal (1995). Destaca entre ellas a las técnicas intensivas (cualitativas) como las de análisis de texto, tanto de contenido

---

<sup>77</sup> P.L. Castellanos sostiene una visión coincidente en cuanto a una de las formas en que la subjetividad puede ser entendida: como procesos de organización y participación. En su caso, como ya se vio en el capítulo VI, esto está ligado al momento de la Reproducción de las formas de Conciencia y Conducta (ver supra, pág. 112).

<sup>78</sup> El papel de la comunidad/ población en la construcción de la epidemiología crítica y la politicidad de la misma es uno de los puntos de discusión que mantiene con otros autores y de manera privilegiada con A. Filho. Cfr. por ejemplo A. Filho, 2000: 111-112; 2001a: 797. Y Breilh, 1994: 141, 147, 150; 2001: 786; 2003: 57, 63, 66, 282, 285.

como de discurso, aunque alertando sobre los eventuales desvíos subjetivistas, idealistas e individualistas que podrían producirse en ciertas investigaciones. En este sentido manifiesta una reluctancia a los abordajes habituales de los aspectos subjetivos, realizada por medio de la teoría fenomenológica, hermenéutica o constructivista.

En la producción de Pedro Luis Castellanos pueden reconocerse diversos modos de considerar la *subjetividad*. Los aspectos subjetivos son concebidos en términos metodológicos y conceptuales en el marco del estudio de la realidad social, a través del uso de la categoría Reproducción Social.

En términos conceptuales,<sup>79</sup> el objeto salud es complejo y multidimensional, siendo lo subjetivo una de sus facetas o dimensiones. A partir del empleo de la categoría Reproducción Social encara el análisis de dicho objeto y de la propia realidad social, describiendo cuatro formas o ámbitos de reproducción: Biológica, Ecológica, Económica y de la Conciencia y la Conducta. Reconocer a este último como un ámbito o momento al interior del proceso de Reproducción Social implica considerar de que manera los actores sociales *perciben y valorizan* de forma diferencial los fenómenos y situación de salud, representándose los y, eventualmente, transformándose en problemas, destacando el rol de la subjetividad como expresión de lo *ideológico y cultural* tanto en dicho proceso como aún en la propia *génesis* de enfermedades psíquicas y somáticas. Como es notorio se privilegia en este abordaje, tal como ocurre en Breilh, el nivel de la conciencia, insuficiente para dar cuenta de la complejidad y riqueza de los procesos psíquicos, quedando limitada la potencia explicativa y de determinación de los mismos en los fenómenos de salud-enfermedad. La consideración de los procesos inconscientes permitiría contemplar dimensiones fundamentales en juego en tanto constituyentes de lo subjetivo.

En tanto que metodológicamente distingue la presencia de lo subjetivo por un lado en el proceso de investigación en todas las decisiones y procedimientos que toma el investigador, incluido el propio empleo de técnicas, y por otro en los problemas de salud-enfermedad de la población. Cuando discute los actos de precisión y medición del proceso investigativo, lo subjetivo está considerado en términos de oposición subjetivo/ objetivo. De todas maneras

---

<sup>79</sup> Castellanos llama conceptual lo que en Samaja asume el papel de lo ontológico. Ver supra, pág. 36 y ss.

hay un señalamiento en que cada uno de estos dos momentos o instancias en que el autor divide a grandes rasgos el proceso de investigación no se corresponden exacta y completamente con uno u otro término del par. Castellanos alerta sobre la imposibilidad de reducir completamente la subjetividad, de abolirla, tanto en el proceso de investigación como en la comunidad: siempre estará presente lo subjetivo, en la medida que en dichos procesos intervienen seres humanos, es decir actores sociales. Se reconoce el papel del investigador en la toma de decisiones y en el rol que éstas tienen en el proceso de investigación. En ese sentido lo *subjetivo* estaría dado por la (posibilidad de) decisión, sea esta consciente o no, por parte del investigador en la definición o elección de determinados procedimientos o técnicas, el momento de “precisión”. Lo *objetivo* correspondería a las técnicas en sí y los resultados o valores que arrojan éstas, o sea a la “medición”. En cuanto a las técnicas, describe y analiza diferentes tipos para el estudio de lo subjetivo, destacando especialmente las Técnicas participativas y dentro de estas los Grupos de Discusión.

Castellanos ha hecho alusión a lo subjetivo a partir de varias nociones. Parte de destacar la importancia del actor social y de su *perspectiva o punto de vista* (coincide con Breilh en el empleo de esta noción, aunque este último la usa preponderantemente en relación a los investigadores) que selecciona, describe y explica hechos y fenómenos que constituyen los problemas de salud.

Con ese basamento (y tal como ocurre en las reflexiones de Breilh) la noción privilegiada es la de *conciencia*, tanto individual como colectiva, que Castellanos hace equivaler a *percepción* y que orientará los *comportamientos o conductas* frente a los problemas de salud. Es decir se alude a la conciencia de un individuo o grupo como forma de *percibirse* a sí mismos y al resto de los grupos de la población y *percibir* el mundo social y natural ante el cual definen sus conductas (1987), o como forma en que los actores sociales *perciben* y *valorizan* de forma diferencial los fenómenos y situación de salud (1989), o en otras palabras de que manera estos *experimentan* o *vivencian* los problemas de salud que padecen. Esta concepción será enriquecida posteriormente (1991) con otros elementos, entre ellos la *representación social*, y la *organización y participación* (estos dos últimos también presentes en los análisis de Breilh): las necesidades *percibidas* por los actores sociales son luego *representadas* como problemas dando lugar a distintas *formas de comportamiento* frente a las necesidades y problemas de salud, y a la participación y la

organización. Se introduce aquí una importante distinción entre *necesidades* y *problemas*: las necesidades en salud *pueden* ser percibidas por determinado actor social. Luego, *eventualmente*, podrán ser representadas como problemas y habrá una jerarquización diferente de estos según distintos actores. Es interesante subrayar que el concepto de *actor social* para Castellanos es definido tanto como la visión o perspectiva que las personas o grupos tengan sobre determinada situación o hecho de salud, como en relación a la organización, acumulaciones y potencial transformador de los grupos humanos, es decir al tema del *poder*.<sup>80</sup> Lo ideológico también aparece en Castellanos en relación a los contenidos ideológicos del discurso, sugiriendo para su indagación técnicas como los Grupos de Discusión (1989), y de disciplinas como la lingüística, al identificar lo subjetivo con el espacio de la comunicación entre el investigador y la sociedad, estando este mediado y constituido por el lenguaje (1989). Por último hará referencia al *valor simbólico conferido a cada uno de los actos humanos producidos, junto con la producción de bienes y servicios* (1995).

Sobre las posibilidades de estudio de la *subjetividad* el autor propone un conjunto de procedimientos para su abordaje. Resalta las *técnicas de consenso* o *participativas*, donde incorpora técnicas individuales que no buscan consenso. En relación a las técnicas Participativas Individuales enumera y analiza: Informantes Claves, Entrevistas en Profundidad, y Valoración sobre las Necesidades de la Comunidad (CONA por sus siglas en inglés). En cuanto a las técnicas grupales comenta y discute: Observación Estructurada, Observación Participante, Historia de Vida, Asamblea o Forum Participante, Grupo

---

<sup>80</sup> En este sentido el uso que Castellanos hace del concepto *actor social* estaría emparentado tanto con la concepción de Eduardo Menéndez como con la de Mario Testa. Simplificando algo ambas conceptualizaciones a los fines de este comentario podríamos decir que para este último la cuestión del *poder* es lo fundamental en su concepción de actor social. Mientras para Menéndez (1996) el *punto de vista del actor* puede concebirse como una perspectiva metodológica que revaloriza el papel del sujeto/ actor, reconociendo a éstos como reproductores pero también *productores* de procesos simbólicos (estructuras de significados) y de procesos sociales (estructuras sociales), proponiendo deslizar el eje de análisis de la sociedad como estructurante al actor. Los padecimientos y el proceso salud-enfermedad-atención son fenómenos privilegiados de construcción de significados colectivos a la vez que reproducen o “metaforizan” a través de la articulación de las representaciones a un nivel inferior como el de sujeto/ grupo los procesos que toman lugar en el nivel superior como el socio-cultural. Ante la investigación de un problema determinado importaría primeramente conocer si un grupo o comunidad reconoce la existencia de ese problema definido previamente por el investigador, si tiene interés en modificarlo y debe tenerse en cuenta la existencia de la diversidad y diferencia al interior de esa comunidad. A la vez, entender al actor como un sujeto no aislado socialmente sino que constituye la realidad (a la vez que *se* constituye subjetiva y socialmente) en las relaciones y transacciones operadas con otros actores.

Nominal, Brain Storming (lluvia de ideas), Brain Writing, Grupo Delphi, Juegos como técnica de investigación, y Grupo de Discusión, siendo esta última destacada por Castellanos para el estudio de lo “ideológico”. En su diseño intervienen tres operaciones: la Selección de los participantes, el Esquema de actuación, y la Interpretación, dando un lugar destacado al azar y a lo subjetivo en las tres operaciones.

Aunque no de manera categórica, se pueden reconocer distintos momentos en el tratamiento otorgado por Naomar Almeida Filho a los aspectos subjetivos de los problemas de salud, identificando así tres etapas que pueden ser pensadas también como «proyectos» en su producción. Primero una etapa en la cual realiza estudios de campo más ligados a los problemas de la disciplina de la que es oriundo, la psiquiatría. En esta etapa se empeña en la construcción o empleo de instrumentos de medida del estado de salud mental de niños y adultos que aplica en investigaciones de campo. Luego un período en el que propone el desarrollo de una “Epidemiología del Modo de Vida” o “Etnoepidemiología”. Finalmente en los últimos años se embarca en un proyecto más ambicioso y abarcador cual es el de la constitución de una Teoría General de la Salud.

En cuanto al primer período, corresponde a estudios de área ecológica donde se apunta a determinar la posible relación entre procesos o hechos de índole social-económica como la renta o la clase social de pertenencia o los procesos migratorios por un lado, y variables que representan cuestiones relativas al estado subjetivo de la población o a aspectos subjetivos de los procesos de salud-enfermedad. Dos ejemplos son el estudio del estado de *Salud Mental Infantil*, y del estado de *Salud Mental de Adultos* o en rigor *Enfermedad Mental en Adultos*. En estas investigaciones las cuestiones relativas a la subjetividad son contempladas como un *estado* (de salud o enfermedad mental), en su *faceta psíquica* o mental y en una *dimensión individual*. Las publicaciones de estos estudios datan de 1990 y 1992, y están enmarcadas en el tipo de investigaciones de área ecológica a los que A. Filho asigna un mayor potencial heurístico en dirección a una Epidemiología que intenta superar el corsé del raciocinio inductivo y causal convencional de la disciplina.

En cuanto a la construcción de instrumentos para estudios epidemiológicos en un primer período desarrolla un cuestionario para la detección de trastorno mental infantil en el que orienta las preguntas hacia *comportamientos, opiniones, conocimientos y juicios*. Entre los

síntomas relativos al *comportamiento*, distingue aquellos *objetivos* que no supondrían “juicios del observador” como enuresis o robo, y *subjetivos* que si suponen dichos juicios como hiperactividad, mal humor, ansiedad, timidez.

En un segundo momento sus reflexiones acerca de la necesidad de incorporar aspectos inherentes a la dimensión subjetiva en el ámbito disciplinar lo llevan a proponer el desarrollo de una “nueva disciplina”: la epidemiología del Modo de Vida o Etnoepidemiología. La noción *Modo de Vida* y el camino que lleva a su conceptualización reciben un minucioso tratamiento en varios textos. A. Filho cita repetidamente las consideraciones de dos autores rusos, Kelle & Kovalzon, para quienes el Modo de Vida es “la esfera de consumo individual de bienes materiales y espirituales, es la esfera de la vida cotidiana *fuera del trabajo* (...) es una parte especial de la vida social vista la necesidad que tiene cada persona de reponer sus fuerzas gastadas en el proceso de la actividad laboral” (cursivas mías). Esta cita merece algunas consideraciones puesto que el Modo de Vida es propuesto como el concepto central de esta “nueva epidemiología”. Planteado como una instancia por fuera del ámbito laboral, parece limitante la potencialidad de aplicación del mismo. Pareciera como si el Modo de Vida de *cada persona* (se enfatiza ya que es explícita su referencia individual) no tuviera ninguna relación con su inserción en la esfera de la producción, y sólo implicara el momento del “*consumo individual* de bienes materiales y espirituales”. Se pierde así la articulación con los otros momentos de lo que Marx denominó un “silogismo con todas las reglas”: (los momentos de la) producción, distribución e intercambio, que completan el ciclo de la producción/ reproducción social (Marx, 2004: 39). La “Teoría del Modo de Vida” es presentada en un esquema<sup>81</sup> en el que los *signos & significados* (lo simbólico o subjetivo) y el *modo de vida* quedan ubicados en directa relación con la esfera de consumo y sin relación directa con la actividad productiva-laboral. Lo llamativo es que el autor fundamenta sus consideraciones sobre este ítem en Marx y Engels, mientras que en éstos el concepto era mucho más abarcador y estaba claramente articulado con la instancia de *producción* de los medios de subsistencia. Tomando la misma cita de *La Ideología Alemana*, analizada por A. Filho: “El modo por el cual los hombres producen sus medios de subsistencia depende antes que todo, de la naturaleza de los medios que ellos encuentran y tienen que reproducir. Este *modo de*

---

<sup>81</sup> Ver supra, pág. 98.

*producción* no debe ser considerado, simplemente, como la reproducción de la existencia física de los individuos. Se trata, antes, de una forma definida de actividad de estos individuos, una forma definida de expresar sus vidas, un definido modo de vida de ellos. Así como los individuos expresan sus vidas, así son ellos.” (cursivas mías). Puede apreciarse que Marx y Engels proponían el concepto *Modo de Vida* como una construcción teórica abarcadora que incluía necesariamente en su consideración la esfera laboral-productiva, haciéndola equivaler explícitamente incluso a *modo de producción*. Es notoria la diferencia con la definición de los autores rusos citados por A. Filho (“la esfera de consumo individual de bienes materiales y espirituales... *fuera del trabajo...*”). Lo *simbólico*, lo *imaginario* y la *cotidianeidad* se destacan como conceptos claves dentro del modo de vida de los distintos grupos sociales. Lo *simbólico*, se define como el valor, relevancia y significado del riesgo y sus determinantes; o también como el sistema de signos y significados relacionados a la distribución y percepción de los riesgos y sus factores. También a través de la *percepción*, *valorización* y *expresión* de los problemas de salud. El objeto de la Etnoepidemiología sería la incorporación del *sentido* y *significado* al riesgo, categoría esta que propone reemplazar por modelos de fragilización o vulnerabilidad, y contemplaría las *representaciones* de salud a través de conceptos como el de *prácticas de salud*. Es interesante destacar que en los primeros textos donde aparece esta propuesta el autor define el *modo de vida* como una categoría que contempla cuestiones tanto individuales como del dominio general (dimensiones socio-históricas, dinámica de las clases sociales, relaciones sociales de producción, etc.). Mientras que en el tercer período correspondiente a su empresa de una Teoría General de la Salud *modo de vida* es ubicado en el nivel individual de manifestación o “emergencia”. Este nivel es relacionado, a través de *illness* (definida como la experiencia subjetiva, individual, de enfermar) con la Salud *Privada e Individual*, proponiendo como sus descriptores al *status* y a los *sentimientos*. Reserva para el plano de emergencia *colectivo*, donde opera la epidemiología, las categorías *riesgo*, *morbilidad* y *sickness/ malestar*<sup>82</sup>, siendo su descriptor el Sistema de signos/ significados/ prácticas en Salud (Ss/s/pS). En este último período otras nociones utilizadas para abordar la subjetividad son los *procesos de significación*, que implican la forma en que se *percibe*, *expresa* y *lida* con el proceso de enfermar, además de las *experiencias*

*organizadoras* que intentan dar cuenta del “universo socio-simbólico” de los grupos. En cuanto a las posibilidades de estudio de la *subjetividad*, en los primeros textos analizados del autor se presentan variables a través de las cuales se investigan aspectos relativos a la misma (por ejemplo *salud mental*). En su propuesta de una Teoría general de la salud, propone la consideración de descriptores correspondientes a *modos de salud* (salud “privada” y salud “individual”). A la categoría *illness* corresponderían “feeling” y “status”. Sin embargo no se halla aquí una propuesta o sugerencia de índole metodológica sobre como llevar adelante el estudio de estos. En ese mismo texto la noción de *subjetividad* es abordada en dos planos: individual y colectivo. A través del concepto *illness* es ubicada en el nivel individual. *Illness*, como “experiencia subjetiva de enfermar” es considerada como una categoría eminentemente *individual*, con sus correspondientes *modos de salud* y los *descriptores* de cada uno de éstos (*feeling* y *status*). A su vez propone para el nivel o plano de emergencia *colectivo*, donde opera la Epidemiología, las categorías *riesgo*, *morbilidad* y *sickness*, esta última vertida al portugués como *doença*, referida a la “disfunción social” a la que se refiere Susser. Y como descriptor de esta última propone el Sistema S/S/P de Salud, de Bibeau & Corin. Esta teoría de signos/ significados/ prácticas en Salud permite entender, según el autor, la experiencia del malestar o padecer (*sickness*) como una forma de estructurar la representación social de salud mediante la construcción de subjetividad y la relación del sujeto al mundo material y simbólico.

En síntesis, en la producción analizada de Naomar Almeida Filho (correspondientes al período comprendido entre 1990-2004), se evidencia un notable esfuerzo teórico-conceptual en procura de proponer marcos teóricos y categorías/ conceptos que permitan abordar diferentes problemas a los cuales se enfrenta la Epidemiología.

Dentro de este esfuerzo se destaca el lugar que el autor asigna a lo *simbólico*, lo *imaginario* y la esfera de la *cotidianidad*, nociones con las cuales ha intentado acercarse a la dimensión subjetiva de los problemas de salud-enfermedad en su proyecto de una Etnoepidemiología. Se hace evidente, siguiendo la obra del autor, el sitio destacado que ha ocupado siempre la antropología, buscando explícitamente una integración metodológica entre las dos disciplinas.

---

<sup>82</sup> Vale recordar que como se señaló supra el término empleado es *sickness* que A. Filho vierte al portugués como *doença*, pero que aquí se traduce como *malestar*.

Luego de sumergirse en la propuesta del epidemiólogo brasileño queda la sensación del enorme desafío y dificultad que supone llevar (tal vez una imagen adecuada sería «bajar») a la práctica e implementar estudios a partir del modelo sugerido. Podría recuperarse aquí el oportuno señalamiento que el autor bahiano realiza a su vez en relación a las propuestas de Laurell y de Breilh:<sup>83</sup> las dificultades que acarrea el desarrollo de “edificios teóricos tan amplios” a la hora de su aplicación concreta, habida cuenta de la distancia que suele mediar entre ellos y el correlato metodológico y de operacionalización de variables necesario para viabilizar su ejecución en investigaciones epidemiológicas.

Cuadro comparativo sobre el tratamiento de la subjetividad en el contexto de la producción de los tres autores analizados.

La síntesis y comparación entre los tres autores se realiza a través de la definición de cuatro ejes: la categoría primordial de análisis en el campo epidemiológico, las nociones de subjetividad, el nivel de análisis de la subjetividad, y las técnicas/ indicadores utilizados o propuestos.

---

<sup>83</sup> Cfr. supra pág. 96-97.

|  | <b>Breilh</b>   | <b>Castellanos</b>   | <b>Almeida Filho</b>   |
|--|---|--|--|
| <b>Categoría primordial de análisis</b>  | <i>Reproducción Social.</i><br>Reproducción de la subjetividad como formas de RS particulares (relaciones político-ideológicas) y como potencialidad de conocimiento/ empoderamiento emancipación | <i>Reproducción Social.</i><br>Reproducción de la subjetividad en tanto conciencia y conducta, como uno de sus momentos.   | <i>Modo de Vida.</i> Subjetividad como lo simbólico y lo cotidiano. Valor y significado del riesgo.  |
| <b>Nociones de subjetividad</b>  |   |  |  |
| <b>Conciencia</b> como Cc. Individual y/ o grupal (Cc. de clase, “para sí”)                                      | Percepción/ asunción/ conocimiento, autarquía, solidaridad organización, empoderamiento.<br>Conciencia epidemiológica. (Eficacia simbólica de la nueva Epidemiología).<br>Subjetividad de clase   | Percepción, valorización, representación, comportamiento en función de la organización, participación. <i>Identificación y jerarquización</i> según cada actor social (individual o colectivo)<br>Predefinición de producto de trabajo (Intencionalidad) | No emplea el término “conciencia”, pero si <i>percepción, valorización y expresión</i> de los problemas de salud. (Ver <i>significación</i> )            |
| <b>Significación/ significado, simbólico</b>   | Producción de significados decodificados en el consumo<br>Ideología y Poder Simbólico   | Valor simbólico conferido a los actos humanos producidos con los bienes y servicios  | -Forma en que se <i>percibe, expresa y lidia</i> con el proceso de enfermar<br>-Valor, relevancia y significado del riesgo y sus determinantes, en el MV |
| <b>Ideología</b>   | Relaciones político-ideológicas con elemento o movimiento de conciencia   | Dimensión grupal/ colectiva. Lo ideológico influye en la percepción de problemas, definición de conductas y en la génesis de enfermedades  | No usa el término de modo explícito. Puede hacer referencia a través de: universo socio-simbólico  |
| <b>Sujeto</b> = Lugar comunidad/ población en producción conocimiento y constitución de la praxis epidemiológica | Sujeto colectivo de la acción.<br>Participa en construcción del conocimiento epidemiológico.<br><i>Interculturalidad/ intersubjetividad</i>   | Actor social con capacidad de conocimiento-representación-organización-transformación de los problemas.  | El conocimiento epidemiológico es producido por epidemiólogos capacitados como tales (sujetos de un orden institucional e ideológico peculiar).          |
| <b>Nivel de análisis de la subjetividad*</b>   | <u>Privilegia lo Colectivo:</u><br>ideología, subjetividad de clase, Cc, Sujeto colectivo.<br><u>Para el nivel Individual:</u><br>psiquismo, Cc   | <u>Privilegia lo Colectivo:</u> RS, esfera ideológica-cultural.<br><u>También lo individual:</u><br>conciencia y conducta  | <u>Individual</u> illness, simbólico.<br><u>Colectivo:</u> sickness/doença, experiencias organizadoras   |
| <b>Técnicas de obtención de info propuestas</b>  | -Evocación del lenguaje o información textual.<br>-Análisis de textos en tanto comunicación (A. de Discurso y A. Contenido)   | -Grupos de Discusión<br>-Encuestas (límites: silencian al actor social)  | Encuestas y cuestionarios (QMPI, QMPA): (1ª etapa).  |

Nota. Abreviaturas: Cc: Conciencia; RS: Representación Social; MV: Modo de Vida; QMPI: Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil; QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos. En cuanto al *nivel de análisis* de la subjetividad propuesto como eje de análisis puede decirse que no existe en los autores una separación tajante y explícita entre los mismos. Por ejemplo tanto en Breilh como en Castellanos la *conciencia* (y en el caso de Castellanos también la *conducta*) pertenecen a ambos niveles, del individuo y del colectivo, si bien ambos ponen el énfasis en el segundo, al privilegiar la Reproducción Social. En Almeida Filho mientras tanto, *illness* ha sido un concepto que en un primer momento estaba ligado al plano colectivo y en un segundo momento, sobre todo cuando el modo de vida queda subsumido en su propuesta de una Teoría General de la Salud, pasa a ser un concepto correspondiente al plano individual.

Como puede apreciarse entre los autores analizados existen acuerdos y divergencias, puntos en común y otros que los diferencian en sus planteos acerca de la manera de comprender la subjetividad y las propuestas consecuentes de investigación. Tanto Breilh como Castellanos han otorgado a la categoría Reproducción Social el lugar central en sus modelos de análisis de la realidad y de los problemas de salud, mientras que en Almeida Filho tal lugar ha sido ocupado por Modo de Vida. En ambos casos se trata de categorías directamente oriundas del marxismo, o bien provenientes de otro campo disciplinar que ha sido conceptualizado recibiendo parte de su sentido a partir de aquel. En el caso de Reproducción Social, al decir de Breilh, se trata de la categoría *celular*<sup>84</sup> que logra concretizar las contradicciones del objeto salud y a partir de la cual puede comenzar el análisis de los procesos de salud-enfermedad en la población.

La segunda variante propuesta en relación al origen se aplica a Modo de Vida: habiendo surgido en los trabajos de los precursores de la antropología es luego retomado y conceptualizado primero en textos de Marx y Engels y luego a través de las reflexiones de algunos autores marxistas contemporáneos. Almeida Filho pretende continuar por dicha senda y despliega un trabajo teórico sobre éste a partir de articularlo con otros conceptos como *cotidianeidad* y *prácticas de salud*, subrayando la atención dispensada hacia el mismo por disciplinas como la antropología. De allí que las expresiones de la subjetividad tanto para Breilh como para Castellanos estén emparentadas con nociones o conceptos que podemos considerar clásicas del marxismo, tales como *conciencia* e *ideología*, las que podría decirse que necesariamente «tironean» estos conceptos a su vez en un sentido de *conocimiento*, *organización*, *participación* y de una eventual *emancipación* de la población. De allí se avizoran distintos rumbos posibles y diferencias, quizá sutiles, en cuanto a la

---

<sup>84</sup> El análisis realizado por Breilh para definir Reproducción Social como la categoría que concretiza las contradicciones del objeto salud (Breilh, 1994: 160) se inspira en los fundamentos expuestos por Marx en la explicitación de su método “ascensional” o de la economía política (cfr. Marx, 2001: 20-30)

faceta que acentúa cada uno. Breilh lo hace con la potencialidad y necesidad de *empoderamiento, de autarquía y emancipación* de la población a partir de la construcción o reconstrucción del sujeto colectivo de la transformación. Mientras Castellanos hace lo propio con la *identificación y jerarquización* diferencial de situaciones que podrán representarse como problemas, según cada grupo social, aunque como se apuntó antes no olvida lo referente a organización y participación de la comunidad en los procesos de transformación de la situación de salud.

En tanto que el epidemiólogo bahiano experimenta las articulaciones posibles de «su» concepto con otros discursos o disciplinas, para intentar convertirlo en un marco de análisis y en el pivote de una “nueva epidemiología”, habiendo explorado las posibilidades de operativizar dicho análisis con conceptos tales como *illness* y *sickness*, así como el Sistema de signos/ significados/ prácticas en salud desarrollado desde la antropología. Esta síntesis y sistematización de distintas propuestas de un campo «único», el de la Epidemiología Social Latinoamericana, destila la heterogeneidad inevitable que cabría esperar al analizar detenidamente un objeto tan complejo como el que nos hemos propuesto, lo cual es una manifestación más de la riqueza y potencia de los desafíos y contradicciones que bullen en él.

La elección y definición de las categorías y conceptos nodales en cada autor guarda relación con la forma en que define el objeto y el propósito que asigna a la disciplina. Así, para Breilh, el objeto de investigación/ transformación es la determinación y distribución de los procesos salud-enfermedad-atención en las poblaciones, en tanto que el propósito debe ser la emancipación y transformación estructural de la sociedad. Para Castellanos el objeto son las brechas reducibles e inequidades en salud y el propósito es la transformación de la situación de salud, definiendo a la epidemiología como una herramienta para las políticas de Estado. Por último Almeida Filho ha insistido en considerar al *riesgo* como objeto-modelo «general» de la disciplina. Y al trazar los lineamientos de una etnoepidemiología toma como objeto nuevamente al mismo pero esta vez en tanto valor, relevancia y significado del riesgo y sus determinantes. En su caso, el propósito enunciado de la epidemiología es el de la transformación de la sociedad dentro del campo específico de la salud.

## **CAPÍTULO IX**

### **DISCUSIÓN Y REFLEXIONES. A MANERA DE CIERRE Y APERTURA**

La puerta de entrada a la ley está abierta como siempre.... Si tanto te atrae intenta entrar a pesar de mi prohibición. Soy poderoso, y soy solamente el último de los guardianes, pero ante las puertas de cada una de las sucesivas salas hay guardianes siempre más poderosos; yo mismo no puedo soportar la vista del tercer guardián...

Franz Kafka. *Ante la ley.*

Que esos (pobres) no se han enterado que Carlos Marx está muerto y enterrado.

Joan Manuel Serrat. *Disculpe el Señor*

El empleo de la noción de subjetividad y su estudio es problemático y dificultoso para la epidemiología social latinoamericana. Aunque puede observarse que el interés por esta temática ha crecido en los últimos años orientando el surgimiento de investigaciones que objetivan considerar la importancia de los aspectos subjetivos en el objeto de investigación disciplinar, aún se enfrenta a grandes obstáculos que a la manera de los guardianes kafkianos protegen celosamente las sucesivas puertas de entrada a una instancia que, fenómeno y concepto, de manera sugerente e irresistible, se ofrece y se niega a la vez.

Este trabajo se inscribe como parte de una línea de investigación más amplia teniendo como perspectiva la continuidad en desarrollos futuros que recuperen y desarrollen algunos de los interrogantes surgidos durante la elaboración de la presente tesina. Tal como estaba planteado en sus objetivos, en este estudio realizamos una indagación y un aporte a la sistematización sobre los diversos modos de interpretar la subjetividad, analizando las diversas nociones empleadas y los distintos abordajes y propuestas teórico-metodológicas. A lo largo de la investigación, cuyo ámbito es el de la epidemiología social latinoamericana, se han identificado algunas puertas con sus respectivos guardianes, a los que podríamos considerar como vallas de diferente naturaleza. Estas son de orden ontológico, epistemológico, conceptual, metodológico, operativo, con derivaciones ético-políticas que se despliegan en el desarrollo de esta discusión. Claro que no son órdenes discretos, separados tajantemente uno del otro sino imbrincados, atravesados el uno con el otro, aunque aquí se intente discriminarlos para su mejor análisis y exposición.

En términos conceptuales, puede apreciarse que en el extendido uso que observa en el campo de la epidemiología, la subjetividad es actualmente un «concepto poco

conceptualizado», valga el retruécano. Demasiado amplio para poder ser definido de una manera unívoca, demasiado instalado a su vez en el centro y en el entrecruzamiento de numerosos planos discursivos, la subjetividad evoca indefectiblemente otras nociones y conceptos con los cuales se intenta, (¿vanamente?) asirla, dar cuenta de ella bajo parámetros científicos. No hay un concepto único de subjetividad suficientemente desarrollado y aceptado en este campo de saberes y prácticas. El desafío de desarrollar un concepto *único* de subjetividad que dé cuenta de las múltiples facetas y dimensiones que la constituyen, la representan y la expresan, entendiéndola a su vez como una dimensión del objeto de la salud, es atrayente y hasta, por qué no decirlo, fascinante. Pero... ¿es válido plantearse este objetivo? ¿Constituiría esto un avance para la disciplina? Y en el caso de que se respondiera afirmativamente a estas preguntas: ¿es viable su consecución? El hecho de fijarse como tarea la construcción teórico-metodológica de herramientas que permitan un abordaje más riguroso y claro de los aspectos del orden de la subjetividad en el terreno de los estudios epidemiológicos es ciertamente ambicioso y hasta sea un proyecto que pueda parecer temerario. Sin embargo, la idea que aquí defendemos es que, sin intención de pretender arribar a una conceptualización única, pueden intentarse algunos aportes en el sentido de una mayor intelección de la temática estudiada.

La subjetividad como concepto intenta dar cuenta de los procesos inherentes a la capacidad de percibir, representar, significar que tienen los sujetos (individuales o colectivos) en su relación con el objeto/ realidad siendo dicho sujeto, tal como lo promueve la tesis hegeliana rescatada por Samaja, parte de ese mismo objeto.

Puede considerarse como una producción histórico-social pues no se produce ni puede comprenderse por fuera del contexto brindado por las condiciones concretas histórico-sociales que las generan, suponiendo así el conocimiento de estas para su comprensión. Es una *matriz dinámica* que opera, junto a las condiciones materiales de existencia, *mediando* las determinaciones estructurales de los procesos de salud-enfermedad y la concreción de dichas determinaciones a nivel de individuos y grupos, y por otro *enmarcando, acotando* el rango posible de significaciones, representaciones y acciones de los sujetos-en-relación. Condiciones estructurales gestadas y paridas a golpes de *praxis*<sup>85</sup> histórica. Y he aquí una

---

<sup>85</sup> Se emplea el término *praxis* diferenciándolo intencionalmente de *práctica* en el sentido que le otorga A. Sánchez Vázquez en su clásico *Filosofía de la Praxis* (Sánchez Vázquez, 2003). Como apunta este autor el término más adecuado para traducir la acción de producción o fabricación de un objeto exterior al sujeto sería

categoría que a partir de la *aufhebung* hegeliano-samajiana<sup>86</sup> conlleva, supone, subsume, implica, conserva, suprime y supera a la subjetividad. Con ello solo pretendemos indicar que el análisis de esta última debería avanzar hacia el análisis de la *praxis*, categoría que permitiría considerar a aquella en términos verdaderamente dialécticos, y para que esta cuestión no sea únicamente un problema “escolástico”.<sup>87</sup>

Un ítem que merece discusión en cuanto a las posibilidades del estudio de la subjetividad en la Epidemiología es lo relativo a los *niveles* o *espacios* que usualmente se proponen para la definición, explicación y transformación de los problemas de salud: universal/ general, particular y singular/ individual, siendo que a la vez estos pueden considerarse como tres momentos o dimensiones correspondientes a todo concepto, tal como hizo Hegel en el desarrollo de su obra *Ciencia de la Lógica*. En este sentido no pueden obviarse los desarrollos realizados por Samaja para aprovechar la potencialidad de esta “triple dialéctica”.<sup>88</sup>

Suele considerarse a la Epidemiología como una disciplina que aborda problemas que hallan su expresión en el nivel *particular*, si se divide a la realidad social en niveles para su análisis, «correspondiéndole» a la clínica el espacio de lo singular y a la Ciencias Sociales (Economía Política, Sociología, etc.) el espacio universal o general. Esta es una visión compartida por numerosos autores en el campo de la epidemiología y en el de la salud colectiva. Es correcta en un sentido pero es tal vez una visión incompleta ya que asocia en términos simples cada una de estas dimensiones con cantidades: lo universal correspondería

---

el término griego *poiésis*, al que descarta en su estudio por la carga semántica que conserva este término en el idioma español (2003: 27-28). Sin embargo no suscribimos sin reparos esta interpretación: la *praxis* únicamente como acción de producir “objetos” *externos* a los “sujetos” pues reintroduce la dicotomía sujeto/objeto que pretendemos cuestionar. Es interesante destacar que el término *poiésis* sí ha sido conservado en los desarrollos de la biología, por ejemplo en la noción de *autopoiesis* que incluso define, para algunos autores, la propia posibilidad de autonomía de los seres vivos. Cfr. Maturana, H. & Varela, F., 1984: 28-29

<sup>86</sup> Permítasenos esta figura, ya que es la interpretación samajiana de este concepto la que venimos siguiendo en este trabajo. Cierta vez le reproché (¡sic!) a Juan Samaja porqué le hacía decir *praxis* a Hegel donde éste escribía *idea absoluta* (Cfr. Samaja, 1987: 56, y 1999: 123-124). Enarcando las cejas se sonrió, como un padre bueno y severo, y dijo, tronando: “Yo digo que Hegel quiso decir *praxis*. Y si no fue así... ¡peor para él!”. Obviamente esta declamación fue acompañada de una explicación rigurosa de tal interpretación. Entendiendo esta, en palabras de Eco, como el arte de “hacer decir explícitamente a un autor lo que no ha dicho y que no podía dejar de decir si se le planteara la pregunta” (Eco, Umberto. *Cómo se hace una Tesis*. Edit. Gedisa, Bs. As, 4ª Reimpresión, 1986. Pp. 174-175).

<sup>87</sup> Marx, C., 1985: Tesis II sobre Feuerbach.

<sup>88</sup> Samaja trata esta cuestión en su obra “*Lógica Breve*”, como propone llamar a esta primera traducción al castellano de los temas de *Lógica* que forman parte de la *Propedéutica Filosófica* impartida por Hegel en sus clases en Nuremberg entre 1808 y 1813. Cfr. Samaja, 2000: 209-267.

a *todos*, lo particular a *algunos* y lo singular a *uno*.<sup>89</sup> Breilh ha señalado tempranamente la pertinencia de la disciplina epidemiológica para el abordaje del espacio de lo particular destacando a la vez que el objeto epidemiológico contempla elementos singulares, particulares y generales (Breilh, 1988: 185). Al lidiar con estos aspectos, el materialismo dialéctico es una cantera a explorar en cuanto a las posibilidades de avanzar en el tema investigado.

Si la Epidemiología es una disciplina cuyo objeto se define en el espacio particular, un estudio sobre las posibilidades del abordaje de la subjetividad para la epidemiología deberá contemplar también de qué modo la subjetividad se desenvuelve, se despliega en dicho espacio que es el de los grupos humanos.

La subjetividad, en tanto concepto y objeto de investigación, reconoce la triplicidad antedicha: *singularidad, particularidad y universalidad*. O, en otras palabras, estas pueden ser “considerados como momentos...del acto mismo de concebir<sup>90</sup> un objeto” (Samaja, 2000: 179). Estas tres dimensiones constituyen una de las formas de comprender y presentar la dialéctica, tal como lo entiende Lenin interpretando a Hegel. Al concebir un ente u objeto, sea «ideal» o sea «real», al igual que al analizar una proposición cualquiera queda de manifiesto que lo individual *es* lo universal.<sup>91</sup> “Las hojas del árbol son verdes, Juan es un hombre, Fido es un perro, etc. Aquí ya tenemos *dialéctica* (como el genio de Hegel lo reconoció) lo *individual es* lo *universal*... lo individual sólo existe en la conexión que lleva a lo universal. Lo universal existe sólo en lo individual y a través de lo individual. Cada individual es (de una u otra manera) un universal. Todo universal es (un fragmento, o un aspecto, o la esencia de) un individual. Cada universal sólo aproximadamente abarca todos los objetos individuales. Todo individual entra incompletamente en lo universal” (Lenin, 1961: 361). Si, como dice la poetisa, es en el curvo universo de la gota donde cabe la entera perfección del llanto, la subjetividad es en tanto concepto un universal contenido en un singular que expresa dicho universal, una lágrima “amasada”, curvada en su perfección por el llanto al que, al caer ella, expresa y contiene *casi* entero, *casi* en su completud. Aprovechando estas dimensiones de todo concepto podemos proponer que la

---

<sup>89</sup> Una crítica en este sentido es realizada por Juan Samaja. Cfr. Samaja, 2000: 180 y 197.

<sup>90</sup> En relación al sentido de este término, Samaja recupera la idea de concepto como *movimiento conceptivo*, tal como lo planteaba Hegel (Samaja, 2000: 187). Ver también infra, nota n° 93.

<sup>91</sup> Aunque, como se verá, en una correspondencia que no es exacta ni absoluta.

subjetividad, considerada en tanto concepto mediador y articulador, tiene una doble faceta en relación a los padecimientos y estados de salud: por un lado los *especifica*, lo que podríamos denominar función *singularizante*. Por otro los *homogeneiza*, lo que podríamos llamar función *universalizante*. Los singulariza al vehicularlos y expresarlos en el nivel individual, para cada persona, es decir al hacerlos peculiares en su forma de vivenciarlos y significarlos por y para cada uno. Mientras, los *universaliza* al producirse la subjetividad en sujetos individuales y colectivos, es decir en individuos que a la vez conforman grupos que comparten cierta forma común de vivenciar y significar dichos problemas y padecimientos, en tanto parte del modo de vida grupal que cohesiona las acciones y el sentido dado a dichos problemas por el colectivo.

La subjetividad no se da como un hecho natural, sino en el proceso de socialización de los individuos y colectivos humanos. De la misma forma que con otros *productos humanos* como el trabajo,<sup>92</sup> podemos plantear que la subjetividad es producto social suyo: humaniza al hombre y es a la vez una producción humana. No es un producto definido de una vez y para siempre por una acción unidireccional, por el fatalismo de un lugar o núcleo simbólico o mental preexistente, no es algo «puesto» desde determinado lugar sino que se torna producto y construcción constante tanto *individual* como *colectiva* y en el cual sólo el *momento* de la subjetividad grupal-colectiva, permite y supone la singularidad de cada sujeto en un proceso similar al que se verifica con respecto al trabajo humano en general. Parafraseando a Marx: los seres humanos, al equiparar entre sí como *valores* sus subjetividades heterogéneas, equiparan recíprocamente sus diversas subjetividades individuales como subjetividad humana universal. En otros términos se reconocen como miembros de un mismo linaje, de una misma especie.

La subjetividad no puede entenderse como un acto pasivo, como mera contemplación perceptiva. Por el contrario es una práctica, una actividad, un *modo activo (subjetivo) de concebir*<sup>93</sup> la realidad, como puede desprenderse de la consideración propuesta por Marx en sus célebres Tesis. Esta es una de las definiciones más categóricas del papel otorgado por el

---

<sup>92</sup> En la formación social capitalista “...al equiparar *entre sí* en el cambio *como valores* sus *productos* heterogéneos (los hombres) equiparan recíprocamente sus diversos trabajos como trabajo humano”. Marx, C. 2002: 90.

<sup>93</sup> Concebir: 1) del lat. *Concipere*- quedar preñada la hembra. //fig. formar idea o concepto de una cosa, comprenderla. //fig. comenzar a sentir algún afecto o pasión.// 2) galicismo por redactar, expresar, contener. //

marxismo al sujeto y la subjetividad. Lejos de asignársele un rol pasivo,<sup>94</sup> el sujeto realiza y se realiza mediante un papel *activo*, de producción y transformación de la realidad y, en ese mismo movimiento, de creación y producción de sí mismo.

En un intento de conceptualización de la subjetividad humana, el psicoanálisis la definirá como «preñada» de *deseo* o de *otro*, al decir que se constituye *en y a través de* la mediación del otro (otro como semejante) y del Otro (orden simbólico, cultural, del significante, del lenguaje), en tanto deseo de hacer reconocer su deseo.<sup>95</sup> En este sentido no hay subjetividad posible sin juego intersubjetivo, sin otro, y sin Otro. Como señalábamos antes: lo singular está “amasado” por lo universal pero a la vez lo universal está expresado y contenido en lo singular. Este aspecto también ha sido señalado por el materialismo dialéctico. Para confrontar cualquier posible versión substancialista de lo humano y de la subjetividad echemos mano nuevamente a las tesis marxianas. La tesis VI (Marx, 1985) debe su contundencia a su genial expresión paradójica. En términos llanos, reza esta, la esencia humana no es algo abstracto inherente a cada individuo. La esencia humana es el *conjunto de las relaciones sociales*. Otra forma de decir *deseo de deseo* o de subrayar la insoslayable presencia del otro/ Otro en la constitución de la subjetividad humana. Nuevamente lo universal (el conjunto de las relaciones sociales) es lo individual (la esencia de cada ser humano), particularizado por la dinámica diferencial que imprimen las diferencias de clase, de grupo, o de otras formas de inserción y agrupamiento.

En el sentido que apuntamos aquí, la subjetividad puede ser comprendida como creación “polifónica”. Tanto la *polifonía* como el *dialoguismo*, conceptos introducidos por Mikhail Bakhtin, se encuentran estrechamente emparentados. Ambos cuestionan la unicidad del sujeto hablante (Maingueneau, 1999: 77). El dialoguismo afirma que “todo lo que es dicho, todo lo que es expresado por un hablante, por un enunciador, no le pertenece sólo a él. En todo discurso son percibidas voces, a veces infinitamente distantes, anónimas, casi impersonales, casi imperceptibles, así como voces próximas que resuenan simultáneamente

---

galicismo por idear, imaginar, crear una cosa material o inmaterial. *Enciclopedia ilustrada de la Lengua Castellana*. Edit. Sopena Argentina, Bs. As., 1958.

<sup>94</sup> Como intentó ser pensado el sujeto por el estructuralismo. Cfr. Minayo, MC. 2001.

<sup>95</sup> Esta fórmula elaborada por Hegel en su *Fenomenología del Espíritu* le servirá a Lacan para sustentar en gran medida su concepción de la subjetividad (Lacan, 1988: 171). Octavio Paz, en su poema *Piedra de sol*, lo dijo así: “soy otro cuando soy, los actos míos son más míos si son también de todos, para que pueda ser he de ser otro/ salir de mí, buscame entre los otros/ los otros que no son si yo no existo/ los otros que me dan plena existencia”.

en el momento del habla” (Bakhtin, cit. en Brait, 1999: 14). En “*Marxismo e Filosofia da Linguagem*” (1999) critica la tajante distinción que se realiza entre lo “individual” y lo “social”, que llevan a suponer que el psiquismo es individual en tanto que la ideología sería social. El individuo, plantea Bakhtin, “en cuanto detentor de los contenidos de su conciencia, en cuanto autor de sus pensamientos, en cuanto personalidad responsable por sus pensamientos y sus deseos, se presenta como un fenómeno puramente socio-ideológico”. Y completa: “todo signo es social por naturaleza, tanto el exterior cuanto el interior” (Bakhtin, 1999: 58). Se avizora en este camino de conceptualización de la subjetividad una consecuencia metodológica importante: la investigación de la misma no necesariamente debería seguir la forma inductiva de la Epidemiología tradicional, en tanto estudio de los aspectos subjetivos individuales que son conjuntados posteriormente para su análisis en un agregado.

Es necesario indicar que no existe tampoco *una* pregunta por la subjetividad, esto es, una forma única para interpelar a la misma como objeto de investigación. Al analizar las propuestas de Samaja en torno a la subjetividad, por ejemplo, se vio que este autor intenta definir el “lugar” de esta al interior del modelo estratigráfico, lo que representa una apuesta de tipo *ontológico*. A la vez que en sus reflexiones puede percibirse un esfuerzo por explicitar las formas posibles de predicar sobre ella, los diversos conceptos o nociones a través de los cuales se definen los procesos subjetivos, que podría considerarse de tipo *conceptual*. En este orden, podemos decir que existen *modos o dimensiones* de la subjetividad, modos en los cuales la subjetividad se presenta, se manifiesta y se ofrece a la investigación. Algunos de estos han sido los que se han identificado en los diversos textos de los autores analizados, ya presentados, así como los identificados al realizar la discusión epistemológica en el capítulo cuarto.

Otra manera de interrogar la subjetividad, es haciéndolo en relación al “nivel” o plano de producción de problemas de salud al cual corresponde, en tanto fenómeno, y del que pretende dar cuenta, en tanto noción/ concepto. Aquí también puede identificarse una preocupación de índole ontológica. Retomando una pregunta ya formulada (ver supra, pág. 42-43): ¿es la subjetividad un hecho del nivel individual o colectivo? Castiel ha discutido este punto en sus textos, definiendo a la subjetividad como un fenómeno y también como una variable del nivel individual, patrimonio de la singularidad humana. Para remarcar el

peso que lleva el aspecto singular, de cada ser humano, este autor ha acuñado un neologismo. Alude al *sujeto* a través del término *seujeito* conformado con el pronombre posesivo “seu” y el vocablo “jeito”. “Jeito” significa modo, manera (de ser), por lo que *seujeito* sería el modo que cada sujeto tiene de ser, de expresar lo que es, en definitiva su individualidad, su singularidad, “un modo de *estar* en el mundo, en la vida, que es *mío*, que es intangible y que cambia con el tiempo” (2006, cursivas mías). La elección de “estar” en lugar de “ser” pretende recalcar la idea de movilidad, de dinamismo, de cambio, inherente a la subjetividad.<sup>96</sup>

Estos problemas abren nuevos interrogantes, donde se entrecruzan dimensiones conceptuales y metodológicas. ¿De qué modo diseñar los estudios, obtener y tratar los datos y construir la información para que las diferencias individuales y la singularidad, que para este enfoque equivalen y aún «garantizan» la propia noción de subjetividad, no sean opacadas o aún eliminadas a manos de la necesidad de generalización de dichas situaciones individuales que se da en las investigaciones epidemiológicas? ¿Acaso la transformación de situaciones u observaciones individuales en conocimiento de nivel colectivo, en un nuevo “nivel de integración”, no implica en cierta forma una homogeneización de hechos, situaciones u observaciones individuales? De todas maneras, si la subjetividad fuera considerada como un fenómeno (y variable) del nivel individual exclusivamente, no sería ésta una dificultad excluyente para su caso. Muchas de las variables estudiadas en epidemiología corresponden a dicho nivel. Este es entonces un problema que excede el tratamiento de la temática que se está abordando en esta investigación y pasa a formar parte de los grandes desafíos con los que se enfrenta esta disciplina, que hacen a su “identidad conceptual-metodológica”.

---

<sup>96</sup> En relación a una posible definición de la subjetividad, acepta con Guattari que esta es el “conjunto de condiciones que tornan posible que instancias individuales y/ o colectivas estén en posición de emerger como *territorio existencial* auto-referencial, en adyacencia o en relación de delimitación con una alteridad ella misma subjetiva.” (Guattari, F. 1992: 19. Cit. en Castiel, 1994: 25). En esta definición se destacan las nociones de *territorio existencial*, de *emergencia*, de *auto-referencia* y de *alteridad*. Que determinados fenómenos o procesos, en este caso identificados como “instancias”, puedan *emerger* y que ello se produzca en *relación* con otras instancias (la alteridad) que son las que a su vez permiten o habilitan su existencia-emergencia nos acerca a otros conceptos a los que sugiere apelar para superar las limitaciones del “reduccionismo positivista” en el abordaje de los fenómenos donde la subjetividad está presente. Entre ellos el de *auto-organización* que rescata de H. Atlan, y el de *acoplamiento estructural* tomado de H. Maturana y F. Varela (Ver supra, nota al pie n° 30). Y nos confronta con la idea de creación o producción de distintos órdenes de la realidad de complejidad creciente con las que queda asociada esta perspectiva. Pueden apreciarse además puntos de coincidencia con los desarrollos de J. Samaja analizados en el capítulo cuarto.

Se insinúa también aquí otra dificultad adicional para el estudio de la subjetividad por la epidemiología: la mensurabilidad. Es decir, el modo en que se realiza la medición de una fenómeno o variable estudiado. Y en el caso que se trata aquí, la subjetividad, la propia pregunta por la necesidad de mensuración, requisito operativo de la epidemiología clásica al que, a pesar de haberlo transformado en un ítem de debate, no ha renunciado la epidemiología social, debe revisarse críticamente: ¿es pertinente tal mensuración?. Y avanzar, quizá, un poco más: ¿es posible?. Toparse con tales preguntas podrían producir quizá un cierto fastidio. Pero no por esto debemos silenciarlas, aunque su formulación pareciera ser una obviedad. Vimos que tanto Samaja como Castiel promueven una “epidemiología de las narrativas” o de las representaciones a partir de la *comprensión e interpretación* del hecho o fenómeno investigado, que en el caso de la subjetividad tiene carácter *narrativo* en tanto “totalidad comunicacional”.

Otro punto interesante a considerar es lo referente a la modificación o producción de subjetividad a partir de las intervenciones que significan los propios estudios epidemiológicos, cuestión sugerida por Emiliano Galende (2006). Podríamos situarlo en estos términos: de qué manera la epidemiología como campo discursivo y de prácticas puede llegar a incidir en las representaciones y comportamientos de la comunidad en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención en general, y en los distintos problemas particulares que se investigan. Qué modificaciones, qué «marcas», por así decir, en los modos de comprender y significar problemas de salud puede llegar a dejar una investigación en una comunidad o grupo. De hecho este es sin duda uno de los propósitos explícitos en algunos de los estudios epidemiológicos. Como ejemplo valen los englobados en la lógica de la investigación participativa llevados a cabo como los de la Universidad Autónoma de México-Xochimilco en la década de 1970. Los mismos se realizaban a través de la participación activa e involucramiento del propio conjunto investigado en los estudios por medio de un abordaje metodológico que contemplaba técnicas de investigación participativas desarrolladas a partir de la inspiración y posterior modificación del llamado modelo obrero italiano (Laurell, 1989: 55-64; Breilh, 1995: 62, 94, 96-97). En esta senda también se cuentan, hasta la actualidad, parte de los estudios del CEAS, de Ecuador, con un

sentido muy explícito: el de elevar, al decir de Laurell, el “horizonte de visibilidad”<sup>97</sup> de la población/ trabajadores, o el de producir “conciencia epidemiológica” en vías de una “subjetividad emancipatoria” (Breilh, 2003: sobretodo pág. 225-264, y passim).

Fue Serge Moscovici (1979) quien remarcó la importancia de trascender los efectos de las ciencias sobre otras teorías o sobre esferas intelectuales y reconocer la manera en que una ciencia *de* lo real se convierte en una ciencia *en* lo real (1979: 11). Si bien este autor investigó los efectos de otra ciencia, el psicoanálisis, en la forma en que una sociedad comprende determinados fenómenos de una manera nueva a partir de la “socialización” de la misma, el producto de su investigación puede emplearse con provecho para iluminar el punto aquí discutido. Empleamos dos extensos pasajes del texto: “...la propagación de una ciencia tiene un carácter creador. Este carácter no se reconoce si uno se limita a hablar de simplificación, distorsión, difusión, etc. Los calificativos e ideas que se le asocian dejan escapar lo principal del fenómeno propio de nuestra cultura, que es la socialización de una disciplina en su conjunto y no, como se pretende, la vulgarización de una de sus partes” (op. cit.: 15). ¿Qué mecanismos sigue esta “socialización” propuesta por Moscovici a través de la cual se crea un nuevo *sentido común*? Desde hace varias décadas “las ciencias inventan y proponen la mayoría de los objetos, conceptos, analogías y formas lógicas que usamos para encarar nuestras tareas económicas, políticas o intelectuales... lo que se impone como dato inmediato a nuestros sentidos, a nuestro entendimiento es en verdad un producto segundo, reelaborado, de las investigaciones científicas. Esto es irreversible. Corresponde a un imperativo práctico” (op. cit.: 13). Ambas citas pueden servir para reflexionar acerca de una cuestión poco teorizada. Si bien existe una experiencia considerable en estudios epidemiológicos sobre *prácticas y representaciones* en grupos poblacionales no ocurre lo mismo con investigaciones que toman como tema la *génesis* de dichas representaciones y el rol que juegan en ella los propios estudios que se llevan a cabo en una comunidad. Esto implicaría la realización de trabajos, diferentes o como una segunda etapa del mismo estudio, con el fin de indagar acerca de los cambios en la subjetividad producidos en los sujetos estudiados (y, porque no, en los propios

---

<sup>97</sup> Laurell introduce una definición de subjetividad en tanto *subjetividad-experiencia*, distinguiendo una variante restringida (“vivencia individual subjetiva de una situación”) y otra más compleja (“posesión de conocimiento colectivo y capacidad de actuar sobre la realidad transformándola”). Laurell, 1989: 59.

investigadores) es decir, la «impronta» dejada en la comunidad. Esto es, tomar como objeto ese nuevo *sentido común* del que habla Moscovici.

La eventual decisión de indagar esta cuestión requiere despejar un punto previamente. Este es que cualquier intervención en el campo de la salud busca producir un efecto en el sujeto sobre el que actúa, sea este un individuo o grupo humano. Los estudios epidemiológicos también representan intervenciones que no escapan a esta regla, sea esto dicho o no, aunque varíe la magnitud y duración del cambio producido de acuerdo al tipo de estudio llevado a cabo. Quizá pueda concebirse como uno de los efectos necesarios a este nivel el de producir variaciones en la manera de percibir, significar y jerarquizar determinados problemas, tanto a nivel individual como a nivel grupal o colectivo. ¿Es esto válido? Sin duda se trata de una discusión de índole científica donde sin embargo no quedan afuera consideraciones éticas y políticas. La pregunta enunciada aquí en cierta forma reproduce aunque en otro plano la discusión establecida sobre el papel o rol de la comunidad/ población en la generación de conocimiento epidemiológico (ver supra, pág. 114 y nota al pie n° 78).

Una última cuestión a considerar que no debería eludirse es lo referente a la/s *identidad/es*.<sup>98</sup> Este es uno de los elementos que históricamente se han articulado al plano de la subjetividad o que ha participado de esta noción, y esta articulación amerita un replanteo. Estudios en esta temática señalan la ampliación del “campo nocional y de aplicación” del concepto de identidad en las últimas dos décadas. (Arfuch, 2005: 22-23). Reconocen el desarrollo del mismo y la necesidad de su redefinición debido a la imposibilidad de emplearlo con la misma carga semántica de antaño en que la identidad era concebida como “lo esencial, lo innato, lo idéntico a sí mismo, lo que determina, lo que permanece, etc.” (op. cit.: 23).<sup>99</sup>

Lo que parece estar en cuestión es el propio valor de la identidad en el marco de una conceptualización posible de subjetividad. Nociones como las de *alteridad*, *diferencia*, *multiplicidad*, que hunden sus raíces en suelo filosófico, forman parte del acervo actual de las disciplinas científicas, y del vocabulario epidemiológico y de la salud colectiva

---

<sup>98</sup> Con este término o con otras formas en que este concepto aparece tales como *proceso o momento identitario*, *procesos de identificación*, etc.

<sup>99</sup> “...aún más por la mano que la toca/ la cuerda vibra y canta porque es cuerda”, podría traducirse en palabras de Nicolás Guillén. Pero aquí, claro, no existiría “contexto”.

Pero este no es el único problema relacionado a este concepto. Por ejemplo la propuesta ontológica elaborada por Samaja plantea asimismo algunos interrogantes. Como se vio al analizar sus desarrollos en este tema la subjetividad aparece como desplegándose entre las *identidades* en pugna o en tensión correspondientes a cada estrato o nivel jerárquico, en la brecha que se configura entre ellas cada vez que se ponen en juego acciones correspondientes a la *interfaz jerárquica*. En este modelo la identidad no queda incluida dentro de la subjetividad, funciona a la manera de una delimitación de ésta y aparece como ostentando una cierta «fijeza» que choca con la dinamicidad y plasticidad de la que parece disponer la subjetividad. Considerando entonces este razonamiento, ¿significa esto que la subjetividad samajiana rechaza la identidad como parte de su conceptualización, como elemento de su conformación?. Así podría desprenderse de la interpretación de su modelo estratigráfico. Sin embargo Samaja, como el mismo nos lo recuerda, abreva en las aguas del pensamiento dialéctico. El autor recupera la noción de identidad al momento de tratar la “espiral” dialéctica, es decir el modo en que se despliegan los sistemas complejos y por el cual un ciclo llega a su fin reiniciándose en ese mismo momento como ciclo nuevo. La identidad es tal no como quietud o fijismo sino porque a través del cambio inherente a un proceso de *totalidad-destotalización-retotalización* un ser determinado retorna y aparece, se “*reafirma a sí mismo a través del cambio*” (Samaja, 2004: 182). Dicho con otras palabras, el sujeto no puede comprenderse sino a la luz tanto de la novedad y divergencia, por un lado, y de la convergencia y el retorno, por otro. Convergencia y retorno que implican *identidad* (op. cit.: 183).

La noción de identidad cobra capital importancia en nuestras sociedades y muy fundamentalmente en los últimos años, a partir de la constitución de nuevos actores sociales, y nuevas (y no tanto) formas de instalar demandas sectoriales «en la agenda» del Estado. La idea de identidad y pertenencia a estos agrupamientos otorga cohesión y sentido a su existencia y aún adquiere, en ciertas circunstancias, el estatuto de dimensión constituyente para sus proyectos de vida. Por ello, el estudio de la subjetividad en epidemiología no puede obviar las formas en que los sujetos investigados se agrupan y organizan para enfrentar los eventos y problemas de su cotidianeidad entre los cuales cobran especial valor los relativos a la salud-enfermedad. En dichas formas de agrupamiento los procesos identitarios forman parte nodal de su *modo de vida* y se

presentan como condición ineludible para el desarrollo de la *reproducción social*. Al concluir esta investigación nos queda la sensación de que “siempre se escapa lo esencial”. No es posible dar cuenta de la realidad de modo exacto a través del lenguaje, incluido el científico, no hay una correspondencia plena posible entre el objeto y el lenguaje. Hay en esa relación, siempre, una «inadecuación». Por ello, y para finalizar, acudimos a otro lenguaje que nos brinda la posibilidad de entrever de un modo distinto como se despliega la subjetividad para ciertos grupos en los que la identidad es parte de su dramática posibilidad de vivir o aún de sobrevivir. Los procesos de subjetivación que surgen, que se abren paso en los mismos dan cuenta de la necesidad humana de generar proyectos de vida en los cuales la salud no sea convertida en «algo» que puede obtenerse como una mera mercancía. Es en esos procesos colectivos donde se vislumbra que *la salud es, también, la lucha por la salud*

“...

Vamos ter cooperativa, como tem em outros lugares.

Construiremos escolas, para meninada estudar.

Também posto de Saúde, ter um posto telefônico,

Energia e poesia de uma casa pra morar.

Mas vou ser sempre Sem Terra, assim vou continuar.

Realmente se essa força chamada MST

foi crescendo desse jeito, na luta por terra e pão,

construindo educação, ensinando e aprendendo, nessa briga por direitos,

numa manhã muito próxima, muita coisa vai mudar:

A liberdade virá, os canhões se apagarão, e será daí só canção, melodia de amar.

E se você me perguntar: então não será mais Sem Terra?

Respondo, claro que sim.

Pois uma coisa é ser sem-terra,

E outra coisa é ser Sem Terra

Assim vou continuar...”.

*Zé Pinto. Assim vou continuar.*

“Hoy soy ustedes”.  
Carlos Fuentealba, **Presente**

## Referencias Bibliográficas

### Almeida Filho, Naomar

- 1990 *Variables económicas, ambiente familiar y Salud Mental infantil en el área urbana de Salvador (Bahía), Brasil*. Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 1990, 36 (3-4), 147-154. Coautoría con Souza Bastos, Ana Cecilia.
- 1992 *Morbidade Psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre)*. CENEPI, Informe Epidemiológico do SUS, Junio 1992, 72-86.
- 1992a *Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia Epidemiológica*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 28. OPS.
- 1992b *A Clínica e a Epidemiologia* (Cap VIII). APCE/ABRASCO, Salvador – Rio de Janeiro.
- 1992c *Por una Etnoepidemiología*. Cuadernos Médicos Sociales N° 61- Año 1992.
- 1992d *La práctica teórica de la Epidemiología Social en América Latina*. Congreso Iberoamericano de Epidemiología, Granada, España. En Revista Salud y Cambio – Año 3, N° 10, pp. 25-31. Chile.
- 2000 *La ciencia Tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, Bs. As.
- 2001 *For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17(4):753-799, jul-ago.
- 2001a *The author replies. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17(4):753-799, jul-ago.
- 2004 *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis*. Ciência & Saúde Coletiva. 9(4): 865-884.

### Almeida Filho, Naomar & Paim, Jairnilson

- 1999 *La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico Sociales 75: 5-30. CESS, Rosario.

### Almeida Filho, Naomar & Rouquayrol, Maria Zélia

- 2002 *Introdução à epidemiologia*. 3ª edição. Edit. Medsi, RJ.
- Almeida Filho, Naomar & Santana, Vilma  
1986 *Espacio social urbano e doença mental: um estudo de área ecológica*.  
Cadernos de Saúde Pública, R.J., 2 (3): 334-348, jul/set.
- Ayres, José Ricardo.  
2006 *Comunicación personal*. (Entrevista realizada a J.R.A. en Rio de Janeiro, Brasil el 24/08/06).
- Barata, Rita Barradas  
2000 *Epidemiologia e Ciências Sociais*. Mimeo.  
2005 *Epidemiologia Social*. Rev. Bras. Epidemiologia; 8(1): 7-17.
- Bakhtin, Mikhail  
1999 *Marxismo e filosofia da linguagem*. Hucitec. São Paulo. (edic. original 1929).
- Brait, Beth  
1999 *As vozes bakhtinianas e o diálogo inconcluso*. Em: *Dialogismo, Polifonia, Intertextualidade: em torno de Bakhtin*. Barros, Diana Luz de Pessoa & Fiorim, José Luiz (orgs). Edit. EDUSP, São Paulo (Ensaio de Cultura 7).
- Brant, Luis Carlos  
2000 *O individuo, o sujeito e a epidemiologia*. Ciencia & Saúde Coletiva, 6(1):221-231, 2001.
- Breilh, Jaime  
1988 *Epidemiología, economía, medicina y política*. México, Edit. Fontamara, 4ª Edic. corregida (1ª Edic. Quito, 1979).  
1990 *La salud-enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque*. En Breilh J., Campaña A., Granda E., Páez R., Costales P., Yépez J. *Deterioro de la Vida. Un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social y en la salud*. Quito, Corporación Editora Nacional., CEAS, 1990.  
1994 *Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate*. En *Epidemiologia: Teoría e Objeto*. Hucitec/Abrasco.  
1995 *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía Pedagógica para un taller de metodología*. (Epidemiología del trabajo). Segunda Edición. CEAS, Quito. (1ª Edic. 1994).  
1998 *La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología*.

Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 1, N° 3, 207-233.

2001 Debate on the Paper by Naomar Almeida Filho. “*For a General Theory of Health*”. Rio de Janeiro: Cad. de Saúde Publica, 17 (4): 784-787, jul-ago.

2003 *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Bs. As.

Bunge, Mario

1996 *La Causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna*. Edit. Sudamericana, Bs. As. (1ª Edic. en Inglés, 1959).

Cahn, Pedro; Bloch, Claudio; Weller, Silvana

1999 *SIDA y subjetividad: un estudio epidemiológico sobre jóvenes*. En: *El sida en la Argentina – Epidemiología, subjetividad y ética social*. Editorial Arkhetypo, Buenos Aires.

Castellanos, Pedro Luis

1987 *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. Cuadernos Médicos Sociales 42 CESS, Rosario, pág. 15-23. Diciembre.

1989 *Algunas técnicas para el estudio de lo subjetivo, los problemas casi estructurados y el estudio de la situación de salud*. (Borrador de trabajo. OPS/OMS; Rep. Dominicana; Ago. 1989).

1990 *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Programa Análisis de la Situación de salud y sus Tendencias. OPS/OMS. Mimeo. (Junio 1991).

1997 *Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida. Consideraciones conceptuales*, corresponde al borrador de trabajo preparado para el Seminario sobre Condiciones de Vida y Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Santa Casa, Sao Paulo, diciembre 1995. OPS/OMS. Mimeo.

Castiel, Luis David

1994 *O buraco e o avestruz. A singularidade do adoecer humano*. Campinas, São Paulo. Editorial: Papyrus Editora.

1994a *¿Cuál es la idea de naturaleza humana para la Epidemiología Moderna?*. Cuadernos Médicos Sociales N° 68, CESS, Rosario, pág.75-86.

2006 *Comunicación personal*. (Entrevista a LDC, realizada en Rio de Janeiro,

Brasil, el 25/08/06).

Denzin, Norman

1970 *The research Act in Sociology*. London, Butterworths, 1970, pp. 313.  
(Citado en Breilh J., 1995).

Foucault, Michel

1991 *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI Editores. México.

Galende, Emiliano

2006 *Comunicación personal* (Entrevista a Emiliano Galende realizada en Bs. As., el 07/04/06).

García, Juan César (Se cita el año de publicación en el libro de referencia organizado por Nunes, E.D. Cuando no está consignada la fecha en esa fuente, se consigna la fecha del original).

1972 *Análise da educação médica em América Latina*. En Nunes, ED. (Org.), “Juan Cesar García: Pensamento Social em Saúde na América Latina”. Cortez Editora-ABRASCO, SP, 1989. Pág. 169-178. (Orig: La educación médica en América Latina. Washington, Publ. Cient. n° 255, 413p.).

1972a *As ciências sociais em medicina*. En Nunes, ED. (Org.), Op. Cit. pp. 51-67.

1974 *1848: O nascimento da Medicina Social*. Em: Nunes, ED. (Org.), Op. Cit. pp. 159-166.

1976 *A articulação da medicina e da educação na estrutura social*. En Nunes, ED. (Org.), Op. Cit. pp. 189-232.

1985 *Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. En Nunes, ED. (Org.), Op. Cit. pp. 148-158. Trabajo originalmente titulado por el autor “Juan César García entrevista a Juan César García”, 1984.

Gerlero, Sandra

1999 *El problema del VIH/ SIDA en mujeres*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios UNR. Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. Julio de 2001. (Mimeo).

Glaser, Barney & Strauss, Anselm

1967 *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldline Publishing Company, New York. (Cap. VII “Nuevas fuentes para datos cualitativos”. Dispongo de un mimeo, traducido.

- Goldberg, Marcel  
 1994 *Este oscuro objeto da epidemiologia*, en Costa, DC (org.) Epidemiologia, teoria e objeto. Hucitec-Abrasco, Sao Paulo-Rio de Janeiro, pp. 87-136.
- Guattari, Felix  
 1992 *Caosmose. Um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro. Ed. 34. Citado en Castiel LD, 1994.
- Iriart, Celia y col.  
 2002 *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. Rev Panam salud Pública/Pan Am J Public health 12(2).
- Krieger, Nancy  
 1994 *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?.* Soc. Sci. Med. Vol. 39, No 7, pp. 887-903.  
 2001 *A glossary for social epidemiology*. J Epidemiol Community Health, 2001; 55: 693-700.
- Lacan, Jaques  
 1986 *El Seminario I. Los Escritos Técnicos de Freud*. Edit Paidós, Barcelona.
- Laurell, Asa Cristina  
 1982 *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médicos Sociales 19, CESS, Rosario, 7-20.
- Laurell, Asa Cristina & Noriega, Mariano  
 1989 *La salud en la fábrica*. Ediciones Era, S.A de C.V. México D.F.
- Lenin, Vladimir Ilich  
 1961 *“On the question of dialectics”*. En: *Philosophical Notebooks*, Vol. 38, Collected Works. Foreign Languages Publishing Houses, Moscow.
- Mac Mahon, Brian; Ipsen, Johannes; Pugh, Thomas  
 1965 *Métodos de Epidemiología*. La Prensa Mexicana, México.
- Mangueneau, Dominique  
 1999 *Términos clave del análisis de discurso*. Edit. Nueva Visión, Bs. As.
- Marx, Carlos  
 1985 *“Tesis sobre Feuerbach”*. En *Trabajo asalariado y capital y otros escritos*, Edit. Planeta-De Agostini, Bs As.  
 2001 *Elementos fundamentales para la crítica de la Economía Política*

- (Grundrisse)1857/1858. Tomo 1. Bs. As. Siglo XXI Editores, 18ª. Edición.
- 2002 *El Capital*. Tomo I./ Vol. 1. Editorial Siglo XXI, Bs. As (1ª Edición en Alemán: 1867).
- 2004 *Introducción general a la crítica de la Economía Política/1857*. Siglo XXI Editores, México.
- Maturana, Humberto y Varela, Francisco  
1984 *El árbol del conocimiento*. Edit. Universitaria, Chile.
- Menéndez, Eduardo  
1996 *Estructura social y estructura del significado: el punto de vista del actor*. Rev. Italiana de Antropología Médica, Peruggia.  
1998 *Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*, en Estudios Sociológicos, vol. XVI (46): 37-67.
- Minayo, Maria Cecilia de Souza  
1996 *O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde*. 4ª Edición. Hucitec-Abrasco, Sao Paulo-Rio de Janeiro (1ª Edic. 1992).  
2001 *Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva*. Ciencia & Saúde Coletiva, 6(1):7-19.
- Moscovici, Serge  
1976 *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Edit. Huemul, Bs. As. (1ª Edic. Edit. Presses Universitaires de France, 1961).
- Possas, Cristina  
1989 *Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidad Estructural e Saúde no Brasil*. Editora HUCITEC, Sao Paulo.
- Renaud, Marc  
1992 *De la epidemiología social a la sociología de la prevención*. Cuadernos Médicos Sociales N° 60.
- Rodriguez Da Silva, Guilherme  
1982 *Opini3n sobre la disertaci3n "Esquistossomose mans3nica: Distribu33o da doen3a e organiza33o social do espa3o"*, de M.L.Barreto, presentada a la Maestría de Salud Comunitaria de la UFBA, Salvador (XEROX). Citado en Almeida Filho, 1992a: 95, y 2000: 185-186.
- Rouquayrol, Maria Z3lia & Almeida Filho, Naomar

1999 *Epidemiologia & Saúde*. 5ª Edição. Medsi, Editora médica e científica Ltda., Rio de Janeiro.

Samaja, Juan Alfonso

1982 *Introducción a la Epistemología Dialéctica*. Texto publicado por la Cátedra II de Metodología de la Investigación, Fac. de Psicología, UBA (s/f).

1987 *Dialéctica de la Investigación Científica*. Ed. Helguero, Bs As.

1994 *Esquemas para una Epidemiología de la Salud Mental (Subjetividad y metodología)*. En: I Jornadas de Investigación. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.

1997 *Determinaciones del campo de la Salud, en "Fundamentos Epistemológicos de las Ciencias de la Salud"*, mimeo.

1999 *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Eudeba. Bs. As. (1ª Edic. 1993).

2000 *Semiótica y Dialéctica*. JVE Ediciones, Bs. As.

2001 *Ontología para investigadores. Las categorías puras del intelecto en Immanuel Kant*. En Revista *Perspectivas Metodológicas*. Ediciones de la UNLA. Año 1, n° 1, Noviembre. Bs. As. Pags. 11 a 42.

2003 *Epistemología de la Salud. Reproducción Social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial, Bs. As.

2004a *Proceso, Diseño y Proyecto en Investigación Científica*. JVE Ediciones, Bs. As.

Sánchez Vázquez, Adolfo

2003 *Filosofía de la Praxis*. Siglo XXI Editores, México-Bs. As. (1ª Edición: Edit. Grijalbo, México, 1967).

Susser, Mervin

1991 *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud*. FCE, México, D.F.

Tajer, Débora

2003 *Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges*. American Journal of Public Health, December, pp. 2023-2027.

Valles, Miguel

1997 *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis. Madrid.

Weller, Silvana

2006 *Comunicación personal*. (Entrevista realizada a Silvana Weller en Bs. As. el 09/06/06).

Žižek, Slavoj

1991 *El sublime objeto de la ideología*. Siglo veintiuno editores, México.

## **Bibliografía consultada**

Berger, Peter y Luckman, Thomas

1999 *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores. Bs. As.

Bravo, Omar

2004 *As prisões da loucura, a loucura das prisões. A (des) construção institucional do preso psiquiátrico*. Tese para o título de Doutor em Psicologia, apresentada na Universidade de Brasília. Defendida em Setembro do 2004.

Descartes, Rene.

S/F *Discurso del Método*. Ed. Gradifco. Bs. As.

Freud, Sigmund

1996 *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras Completas, Tomo III, Trad. L. Lopez Ballesteros, Biblioteca Nueva, Madrid.

Gómez, Mariana

2005 Representaciones y prácticas de la enfermedad tuberculosis. Tesis de Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios UNR. Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Diciembre de 2005. (Mimeo).

Gonzales Rey, Fernando

2002 *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. International Thomson Editores, México.

Jodelet, Denisse

1993 *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici, S: *Psicología Social II*. Paidós, Barcelona.

Lacan, Jaques

1959 *El deseo y su interpretación*. Seminario 6. Clase 27. (Editorial Paidós) Escritos I. Acerca de la Causalidad Psíquica. Ed. Siglo XXI, Bs. As.

Latour, Bruno

1983 *Nunca hemos sido modernos*. Edit. Debate, Madrid.

Teixeira, R.R.

2001 *Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde*. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 6 (1):49-61.

Vallejo, A.

1975 *Para una Epistemología del Psicoanálisis*. Editorial Axis, Rosario.

### **Citas y epígrafes**

Borges, Jorge Luis: *El Golem*. Obras Completas. Tomo II. Emecé Editores. Bs. As. 1996.

Buarke de Holanda, Chico & Gil, Gilberto: *Cáliz* (1973). En: “*Chico 50 años- O político*”. Colección Página 12.

Canals, Lily: *Las cosas del Fuego*. En: *Aguijón de la Muerte*. Cuadernos de la Brújula, Bs. As., 1976.

Díaz Romero, Ricardo: *La pregunta por la técnica del psicoanálisis*. Homo Sapiens Ediciones, Rosario. 1999.

Filloy, Juan: *¡Estafen!* Editorial Losada, Bs. As., 1997.

Fuentealba, Carlos: “*Hoy todos somos él*” - “*Hoy soy ustedes*”. Carlos y los que continúan su lucha.

Gelman, Juan: *El Infierno verdadero*. En: “*Interrupciones II*”. Ediciones de Tierra Firme. Bs. As., 1986.

Guillén, Nicolás: *Alma-música*. Obra Poética 1920-1958. Bolsilibros Unión. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 2ª. Edición, 1974.

Kafka, Franz: *Ante la ley*. Relatos Completos I. Edit. Losada, Bs. As. Segunda Edición, 1990.

Hernández, Miguel: *Las manos*. De: *Viento del pueblo* (1937). En: Antología Poética. El labrador de más aire. Edic. J.C.Rovira. Clásicos Taurus, Madrid. 1990.

Near, Holly: *It could have been me*. En: *A Live Album*. Redwood Records, CA, USA, 1991.

Octavio Paz: *Piedra de sol*. En: *Libertad bajo palabra* (1957). Edit. El Zócalo, México D.F.

Pinto, Zé: “*Assim vou continuar*”. (Integrante do MST, Setembro 1999). En: Caldart, Roseli Salette. *Pedagogia do Movimento Sem Terra: escola é mais do que escola*. 2ª Ed, Petropolis, RJ. Edit. Vozes, 2000.

Powell, Baden & De Moraes, Vinicius: “*Berimbau*”. En: CD II. Colección Página 12.

Ramirez, Juan Antonio: Picasso. El mirón y la duplicidad. Alianza Editorial, Madrid. 1995.

Serrat, Joan Manuel: “*Disculpe el Señor*”. Utopía, BMG Ariola, Barcelona, 1992.

Urquiaga, Astul: “*Vengo del rancho*”. En: Rostro del Río y de la noche. Poemas litorales. Fondo Editorial de San Nicolás, 1987.

Vallejo, César: “*Un hombre pasa con un pan al hombro*”. De: *Poemas Humanos*. En: Poesía completa. Editorial Arte y Literatura / Casa de las Américas. Ciudad de la Habana, Cuba, 1987.