

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Carrera de Psicología

Asignatura: Salud Pública y Salud Mental.

Chiarvetti, S. (2009). Ficha de Cátedra N° 2. Epidemiología 1: Sobre Jaime Breilh.

Jaime Breilh.¹ “Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad”. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2003

Esta Ficha comienza con un resumen de las primeras 65 páginas del texto de Breilh, que no corresponden a la bibliografía del programa, pero sí al libro del autor. Se han incluido para introducir al pensamiento de un autor complejo pero fundamental, uno de los fundadores del movimiento latinoamericano de la nueva salud pública. A continuación, el resumen mencionado.

Introducción

Breilh plantea que una *epidemiología crítica* puede ser un instrumento básico de recuperación *ética* y de construcción de una nueva *politicidad*; dos aspectos seriamente menoscabados en medio de un proceso neoliberal cínico y regresivo.

Desde esta perspectiva la construcción de una epidemiología crítica nos exige pensar en una **bioética** que no sólo asuma el cuidado de los procesos individuales de bienestar, seguridad genética y ecológica y la protección de las personas ante las malas prácticas y los agravios personales, sino que penetre los derechos y la eticidad de los procesos sociales o colectivos, aquellos que conforman lo que Berlinguer denomina una “ética de la vida cotidiana” y que Breilh prefiere amplificar como **ética del modo de vida**, que abarca la urgente:

- ◆ Recuperación de formas humanas del trabajo
- ◆ Los derechos del consumidor
- ◆ Los derechos y equidad étnica y de género
- ◆ El manejo seguro del entorno ecológico

Y en definitiva, todo lo que hace posible una **salud colectiva** como parte de un proyecto emancipador de la sociedad, un proyecto que implica la construcción de un poder alternativo y que debe articularse a los procesos vitales de organizaciones y movimientos populares.

Menciona los “malos usos” recientes de la Epidemiología:

- 1) “epidemiología molecular o genética” dirigida al empleo de trazadores genéticos para la segregación anticipada de trabajadores genéticamente “enfermos”;

¹ Ecuador. Quito. 1947. Médico, investigador, uno de los fundadores del movimiento latinoamericano de la nueva salud pública. Crítico de la concepción ahistórica y biologicista de la epidemiología.

- 2) exploración de los niveles mínimos de miseria sustentable → Epidemiología de los Mínimos de Supervivencia. Medición de fenómenos que expresen la máxima resistencia gobernable de una población ante la pobreza y las privaciones (focalización, el cálculo de paquetes básicos).

La idea del autor es contextualizar la dureza del desafío de construir herramientas para la vida, en un escenario levantado al servicio de la muerte.

Breilh se sitúa en la trayectoria del movimiento contrahegemónico de la salud pública latinoamericana.

Breilh dice que “el propósito central de este trabajo, entonces, es un ajuste de cuentas con las ideas propias y ajenas con las que ha transitado por la acción, hacia la construcción de ese nuevo tipo de epidemiología: emancipadora y multicultural.”

Aportes para la construcción de una Epidemiología Crítica

Breilh pasa revista a la secuencia de sus ideas, desde **el perfil epidemiológico en los años 70** hasta las formulaciones más recientes.

3 Etapas

1ª. Etapa) Nueva objetividad → crítica de la construcción positivista de la salud, trabajo en el objeto epidemiológico, inicio de la crítica de la noción de los “factores de riesgo”, que más tarde sería ya una crítica integral del paradigma del riesgo. La lucha era por transformar las ideas del **causalismo**, fundamentado por nociones positivistas, hacia la noción de **determinación** (Mario Bunge, en los tempranos años 70).

Categorías centrales empleadas: reproducción social; modo de vida; determinación; clases sociales y perfil epidemiológico. Era ese un primer momento, en el que todavía la visión crítica estaba ligada a una **visión unicultural de la ciencia**.

2ª. Etapa) de 1991 a 1995 enfocó el estudio de la **inequidad** como producto de la crítica a la noción empírica de **desigualdad** (que se había convertido en la vía de explicación de la distribución epidemiológica). La **categoría de inequidad** sirvió para analizar las repercusiones para la salud de la concentración de poder en ciertas clases sociales, de géneros y grupos étnicos.

Categorías centrales: inequidad; modos de vida (en las clases); género; etnia. Ruptura de la concepción bipolar de la estructura de poder de nuestras sociedades (contradicción entre el Capital y el Trabajo), que tenía que integrarse al estudio de otras formas de dominación y asimetría social con hondas repercusiones en la salud colectiva.

3ª. Etapa) 1995-2002. Propuesta de un **neohumanismo popular y la búsqueda de una nueva subjetividad**, la crítica a la teoría del riesgo se proyectó a una crítica de la acepción reduccionista de la **exposición**. En el terreno del análisis de la acción surgió la propuesta del neohumanismo popular; y el desarrollo de una propuesta para el vínculo entre la epidemiología y una nueva noción de género.

Categorías centrales (además de las ya anotadas): **exposición/imposición**, para completar la crítica del factorialismo (y su noción empírica de vínculo “externo” entre factores de salud); esta visión estática y fragmentaria de factores fue sustituida por la **noción dialéctica de proceso**.

Replanteo del sujeto del conocimiento dando paso a la **integración de esos otros saberes** que el positivismo había desplazado: propuesta de la **categoría de**

interculturalidad. Esto debía corresponderse con una noción igualmente renovada de **la organización para la acción**, la cual debía integrar sujetos que no implicaban una homogeneidad interpretativa y social inexistente, sino bajo la forma más dialéctica y democrática de un **bloque popular** para la acción epidemiológica.

De la visión estrecha de actuar sobre factores, mediante un **sujeto unicultural** y una acción funcionalista → **a una visión dialéctica de procesos críticos.**

“Indisciplinar” las disciplinas del conocimiento, reincorporar a la producción de conocimiento a los “otros” saberes que fueron invisibilizados por la episteme moderna.

Urgencia de “descolonizar las disciplinas, sus metodologías y tecnologías” y articularnos a las formas de pensar de los otros, rompiendo con la superioridad de esa racionalidad dominante que asume como conocimiento válido sólo el que se construye bajo los cánones de la ciencia positivista y que se transmite por la escritura, que sería la única vía para la elaboración de la capacidad crítica del pensar.

Dice Breilh que el ciclo lógico de este pensamiento crítico atravesó por:

- 1) una etapa de reconstrucción del objeto;**
- 2) luego la reconstrucción del sujeto y**
- 3) finalmente la integración de esos dos movimientos en una epidemiología intercultural.**

(Algunos conceptos aclaratorios tomados del texto):

Categoría perfil epidemiológico: construcción que permite estudiar las contradicciones que determinan el modo de devenir de la salud tanto en:

- Las dimensiones de la sociedad en **general**
- Los modos de vida **particulares** de los grupos situados en distintas posiciones de la estructura de poder
- Los estilos de vida **personales.**
- Los procesos contradictorios que se expresan en las personas (procesos fisiológicos, sensaciones de bienestar y decisión positiva, por un lado, y su negación, que son los procesos fisiopatológicos, las sensaciones de malestar y fracaso que ocurren en las personas).

Relación equidad/inequidad, que condiciona el reparto social de aquellos bienes y accesos de los que depende la calidad de vida.

Exposición: Expresa el encuentro entre las condiciones de vida y la afectación concreta de personas con sus organismos y psicología.

Breilh reconoce la complejidad del *objeto salud* en distintas dimensiones y órdenes.

Dimensiones y Órdenes de la Complejidad del Objeto Salud

- 1) **Dimensión Ontológica (El ser de la salud)** (aquí incluye la contradicción básica entre procesos “protectores” en oposición dialéctica de procesos “destructivos”).
- 2) **Dimensión Epistemológica (Las ideas sobre salud)**. Construcción del “objeto”; construcción del “concepto” y construcción de la “praxis”.
- 3) **Dimensión Práctica (Las acciones en salud)**.

Sentido y espacio de la acción. Puede ser de:

- ◆ “**promoción**”, cuando se actúa para ampliar o perfeccionar los **procesos protectores** en todas las dimensiones
- ◆ “**prevención**”, cuando se actúa para evitar o contrarrestar los **procesos destructivos** en todas las dimensiones.

La salud, entonces, es **multidimensional** en varios sentidos: como **objeto** (dimensiones ontológicas), como **concepto** (dimensiones propiamente epistemológicas) y como **campo de acción** (dimensiones prácticas).

Como **proceso** se realiza en:

- La dimensión **general** de la sociedad
- La dimensión **particular** de los grupos sociales y
- La dimensión **singular** de los individuos y su cotidianidad.

En el terreno de la **intervención** puede trabajarse en:

- La dimensión **curativa**
- La dimensión **preventiva**
- La dimensión de **promoción**.

Aún persisten los enfoques empíricos que reducen la salud a un solo plano y que siguen recayendo en las concepciones asistencialistas y en las preocupaciones de la salud como **fenómeno de atención individual** y en ese marco priman los trabajos que exploran básicamente las diferentes miradas de la curación y de las intervenciones curativas individuales.

**Es importante que nos quede claro que Breilh plantea una
TRIPLE DIMENSIÓN DE LA SALUD COMO OBJETO/CONCEPTO/CAMPO**

La construcción de la salud como **objeto** impregna su **conceptualización** y, a su vez, la construcción del concepto salud sólo puede pensarse en relación a un objeto de transformación. Este movimiento sólo se hace visible y comprensible en un **campo práctico**. A su vez, las necesidades y contradicciones del campo práctico impregnan inevitablemente las conceptualizaciones y la conformación histórica del objeto salud.

Aquí Breilh toma de **Cecilia Minayo** esta especie de definición de salud: “la salud es la síntesis del bienestar, calidad de vida individual y colectiva, formas culturales de preservación de la existencia y especies, y sobre todo de los esfuerzos y disputas

colectivos por grupos sociales diferenciados para establecer parámetros acerca de lo que significa estar sano”.

¿La Salud Corresponde Esencialmente al Orden Individual-Subjetivo-Contingente o al Orden Colectivo-Objetivo-Determinado?

Breilh plantea los falsos extremos del **relativismo** –que comprende a los fenómenos sociales como producto de actos contingentes de libertad individual-, y del **determinismo** –que los comprende como imposiciones de un control social externo, ante el que deben allanarse las personas.

Estas posiciones ocultan el real sentido de la vida y la salud, que se desenvuelven entre **procesos generativos** (Samaja), que corresponden a los actos de creación individual/particular y, por otro lado, los **procesos reproductivos**, que corresponden a las fuerzas colectivas de la totalidad.

La salud es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente. No es tampoco primero individual y luego colectivo como producto de la combinación de realidades individuales. Mirada dialéctica que nos hace ver que esta discusión no tiene sentido porque **libre albedrío y determinación colectiva** no son términos excluyentes, sino interdependientes.

Ejemplo: Una familia, en la que aparece un caso infantil de infección aguda de vías respiratorias, crea respuestas y explicaciones según su libre albedrío y de acuerdo a las posibilidades materiales y formas culturales inscritas en su *estilo de vida* personal; pero, todo ese movimiento no se da en el vacío de relaciones sociales más amplias, sino inscrito en su *modo de vida*, cuyos patrones influyen poderosamente las construcciones cotidianas, un modo de vida que acumula la historia del grupo, que se ha formado en la experiencia grupal para enfrentar sus desafíos y contradicciones y que se enmarca en las factibilidades que le asigna un sistema de producción/propiedad, que corresponde a un sistema de distribución del poder. La equidad/inequidad que disfruta/padece un grupo en un momento histórico determinado, resulta de las relaciones de clase, de su historia etnocultural y de las características de sus condiciones de género. Todas esas relaciones, son el marco dentro del cual puede moverse el libre albedrío de una familia y su cotidianidad, son también las barreras que esa familia y las personas pueden desafiar con su práctica y contradecir con su discurso. Esas relaciones traducen el sistema de poder dominante y se expresan en un conjunto de prácticas y creencias, donde se mezclan tanto aquellas que le hacen el juego a la hegemonía de los sectores dominantes, como aquellas que hacen parte de la historia cultural del grupo aludido.

Segunda Parte de la Ficha sobre EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA de BREILH (corresponde a la parte del texto incluido en la bibliografía de la asignatura)

El problema de la negatividad en el concepto de salud.

La incapacidad de definir a la salud por sí misma y la persistente tendencia a hacerlo por el lado negativo de la enfermedad es un obstáculo para el impulso de una visión nueva, tan grave como el de la resistencia a lo colectivo. Es el predominio de un modo de

conocer medicalizado, que corresponde a un tipo de práctica curativa y ligado a la lógica comercial de la salud.

Era del fundamentalismo del mercado: La ley del mercado y el valor de cambio penetran espacios como el de la salud, que hasta los 80s persistió como una zona de tregua convenida como parte de los derechos sociales, mientras estuvo vigente el pacto de posguerra. El sistema busca entrar en todos los espacios en un voraz afán de privatizaciones. Caen los servicios “sociales” que el Estado benefactor garantizó hasta hace poco.

En este contexto, hay muy pocas tareas preventivas comercializables, que necesiten la construcción de un polo “positivo” de la salud; por ejemplo los programas de un “Spa” o de ejercicio físico de lujo para élites y capas medias altas, y áreas del deporte de inmenso poder comercial.

La tareas preventivas que llegaban tímidamente al servicio de las clases pobres desde el Estado, están en franco retroceso y desmantelamiento.

Mediante las privatizaciones “el derecho a la salud de los ciudadanos” se ha transformado bajo la “modernización” en “necesidad relativa a ser comprada a discreción por clientes” ya que los programas preventivos son prácticamente eliminados de los paquetes básicos de los seguros privatizados.

Paquetes básicos: esto es el sustento de la epidemiología de los niveles mínimos o epidemiología del “*bottom line*” o de los mínimos de supervivencia que consisten en el cálculo de la máxima reducción posible del gasto social, dentro de los límites que permiten la gobernabilidad y legitimación del sistema.

Es acertado revivir la tesis de los 70s, que sostenía que la prevención es subversiva porque cuestiona la esencia misma del sistema, al demandar aquellos derechos y servicios que la estructura social niega. Breilh acuerda con Madel Luz cuando argumenta que la conquista de esa positividad implica la deconstrucción del orden médico dominante (que se siga pensando en salud sólo en la forma de la enfermedad).

El debate acerca de la negatividad de la salud ha mostrado dos distorsiones:

- a) Debatir alrededor sólo en referencia al concepto de salud, cuando en realidad debería debatirse en relación al **sistema multidimensional objeto/concepto-método/ campo práctico**.
- b) Se ha errado al asumir el debate como un asunto del orden de lo individual, cuando en realidad necesitamos esclarecer cuales aspectos de la salud se definen en el **orden individual - subjetivo - contingente**, y cuales resultan del **orden colectivo - objetivo – determinado**.

Contribuciones latinoamericanas a los términos del quehacer epistemológico

Naomar Almeida Filho: Su trabajo sigue un ciclo lógico desde la crítica de la antropología y la biología hacia la teoría general de la salud.

Breilh: Construye su propuesta desde la crítica de la economía política y la sociología hacia las especificidades de lo geno-fenotípico.²

Ambos han servido para la construcción de la Epidemiología Crítica. Breilh considera que ambos aportes pueden ser complementariedades importantes, a pesar de algunas diferencias conceptuales.

Naomar Almeida se apoya en la apertura epistemológica que produjo **Canguilhem** a partir del análisis de la definición de la salud por sí misma y la búsqueda de una concepción que abriera el objeto a su **complejidad**.

Para Almeida realiza una lectura crítica de varias contribuciones de la antropología, la epistemología (europea y anglosajona) y la sociología.

- Incapacidad de los **abordajes psico-biológicos** para enfrentar integralmente el objeto salud, por su enfoque en procesos individuales, patológicos, y su visión negativa de la salud como ausencia de enfermedad. La sociología funcionalista introduce la diferencia entre la enfermedad física y la enfermedad percibida, con el objeto de explicar la enfermedad como imposibilidad de cumplir con funciones personales y orgánicas.
- Cuestiona las concepciones de la **fenomenología**, centradas en la noción restrictiva de la **salud como ausencia de enfermedad percibida**.
- **Antropología psico-cultural:** enfatiza el papel de la cultura en la construcción de la noción de enfermedad –“sickness”-, mediante la creación de complejos culturales “salud/enfermedad/cuidado” bajo la formulación enfermedad=patología + dolencia (que es la patología percibida por el individuo).
- **Enfoques semiológicos:** análisis de relación entre estructura semántica y las estructuras hegemónicas y de poder.
- **Abordaje histórico macrosocial** centrado en la observación de condiciones colectivas estructurantes y experiencias condicionantes que se combinan en sistemas “signos-significados-prácticas de salud” que no obedecen a la lógica de la medicina occidental. Naomar Almeida dice que expresa un cierto anti-naturalismo que deja a un lado los elementos material biológicos del problema.

² **Nota:** genotipo: (genus-raza y typus-modelo) Nombre con que se designa la constitución hereditaria fundamental de un individuo.

fenotipo: manifestación externa de un individuo como resultado de la interacción de su genotipo con el medio ambiente.

- **Análisis del pensamiento de Canguilhem:** Normalidad de una norma de vida que incorpora lo saludable y lo patológico; la salud no es simplemente la obediencia a una norma o modelo, pues es parte de ella la desobediencia y la desviación. Almeida reconoce la importancia de esta apertura hacia una nueva epistemología, pero critica la premisa de que esta visión estaría ligada fundamentalmente a lo biológico, a pesar de reconocer que la salud “no sólo es la vida en medio del silencio de los órganos, sino en medio del silencio de las relaciones sociales”.

La propuesta de Breilh busca desentrañar el carácter multidimensional y contradictorio del objeto y reconocer el movimiento de su complejidad en todas las dimensiones de la vida humana y social. Tenía que seleccionar un sistema de categorías analíticas que le permitieran:

1. Determinar el meollo y la especificidad de todo el sistema de salud y la esencia de su movimiento.
2. Transpolar los procesos de las múltiples dimensiones de la salud, en cuanto fenómeno de la sociedad en general, de sus grupos constitutivos y de las personas.
3. Abordar los aspectos materiales y espirituales que hacen parte de la salud, distinguiendo en ella lo que corresponde a los aspectos materiales del modo de vida (formas de trabajo y de consumo), sus formas políticas y organizativas, sus aspectos culturales y sus relaciones ecológicas.
4. Distinguir los elementos esenciales para el desarrollo de una utopía rectora de la movilización de un bloque social democrático hacia la conquista de una situación de salud equitativa y emancipada, así como el avance y perfeccionamiento de una vida personal saludable.

Necesitamos comprender los procesos específicos de la salud que se desarrollan en el movimiento de la vida y que también desencadenan su negación en la muerte.

La salud es

- Un proceso multidimensional que se realiza como objeto/concepto-método/campo práctico
- Tiene un carácter contradictorio hay que desentrañar el sistema de contradicciones en todas esas dimensiones y no en ninguna de ellas con exclusividad.
- Se necesitan construir esas mal llamadas “positividad” y “negatividad” en cada una de esas dimensiones.

La categoría central de análisis fue la de reproducción social y de ahí se desprendió la categoría **perfil epidemiológico** que Breilh usó como fundamento de una teoría sobre la salud colectiva.

En 1979 lanzó la crítica al funcionalismo en salud, dejando sentado que la concepción de salud positivista (acepción filosófica) trabaja con la lógica formal: La conciencia refleja

supuestamente los atributos de los objetos del mundo por un proceso de inducción, y los segrega según los principios de *identidad, contradicción simple y tercero excluido*.

En el plano lógico formal los elementos aparecen aislados y se pierden sus relaciones intrínsecas, con sus contradicciones y movimientos.

La identidad sin contradicción (dialéctica) es quietud.

La simultaneidad sin relación intrínseca significa fragmentación y desconexión.

En esta lógica formal, la salud es una cosa, con su identidad y la enfermedad es otra diferente. De allí lo que expresa la noción empírica: "la salud es ausencia de enfermedad".

El objeto es una cosa y el concepto o el campo de acción son cosas aparte.

Ante el desafío de superar esa noción y mirar la salud dialécticamente, Breilh desarrolló la propuesta interpretativa del **perfil epidemiológico**. "Perfil", para enfatizar su condición de ser una síntesis de características esenciales, y habla de perfil epidemiológico de **clase** para destacar el hecho de que existe una diferencia sustancial entre los patrones epidemiológicos de distintas clases sociales. Ahora bien, esto de perfil epidemiológico no debe ser interpretado como un perfil estadístico.

Breilh prefiere no usar las nociones de positivo y negativo, porque las nociones de "positividad" y "negatividad" se prestan para una interpretación reduccionista que empobrece el sentido dialéctico de los procesos. Prefiere hablar de "**valores de la salud**" (contribuyen al desarrollo de la salud) y de "**contravalores**" (conspiran al desarrollo de la salud).

La categoría que está en el centro de la noción de perfil epidemiológico es la categoría de **reproducción social**, es decir la forma en la que las clases sociales producen, consumen, se sostienen y se reproducen y que al desarrollarse permite que sigan construyéndose formas de conciencia, de organización y de relación con la naturaleza que contribuyen a desarrollar y transformar bajo una determinada forma de praxis a dicha base productiva.

En esos años iniciales Breilh le dio un mayor énfasis al movimiento económico de la producción y el consumo, buscando los procesos favorables y desfavorables para la salud. Luego comprendió que era más comprensible referirse a **procesos destructivos** o deteriorantes, que provocan un deterioro o desmejora en la calidad de vida, y **procesos protectores** o benéficos que contribuyen favorablemente a su desarrollo y perfeccionamiento. Entonces:

- **Procesos destructivos y deteriorantes**
- **Procesos protectores o benéficos**

Los procesos del vivir devienen en destructividad o en protección según las relaciones sociales que operan en distintos dominios como el más **general** de la sociedad en su conjunto, el dominio **particular** de sus grupos y el dominio **singular** de las personas con su cotidianeidad.

Años más tarde la investigación de los **procesos de género y étnicos** le hicieron ver que la categoría clase social no agotaba la comprensión de la inequidad y su resultado la

desigualdad y entonces incorporó estos elementos al perfil epidemiológico. Se percató de que las relaciones interétnicas e intergénero formaban también parte de las relaciones de poder, y por tanto de la determinación de la experiencia de esos procesos protectores y destructivos.

Con este enfoque lograba **superar el causalismo de la epidemiología positivista**. Ya en 1979 había planteado la noción sustitutiva de **determinación**, que permitía integrar al movimiento epidemiológico el de los procesos protectores y destructivos que ocurrían en las distintas dimensiones de la vida humana social y articulaba los procesos del movimiento social-biológico de la salud.

El conocimiento epidemiológico no puede reducirse a la identificación de variables y su correlación, porque eso implica reducir la realidad a un solo plano, el plano empírico (salud directamente observable), dejando de lado el plano de los procesos generativos de condiciones y relaciones determinantes (realidad completa de salud).

El perfil epidemiológico relaciona todos los planos de la salud que el empirismo reduce:

- *Salud directamente observable* (síntomas y signos)
- *Salud actual* (Incluye determinantes actuales)
- Plano de *salud real o realidad completa de la salud* (Incluye las determinaciones del pasado).

Posteriormente Breilh menciona los **procesos críticos de exposición** que son característicos para cada espacio social concreto y que se caracterizan por distintos mecanismos:

- Los de **exposición eventual** (que son las exposiciones de tipo casual no ligadas a un estilo de vida)
- Los de **exposición crónica** (ligados a patrones estables inscritos en los modos de vida o en los estilos cotidianos)
- Los de **exposición permanente**, que más que “ex”posición serían una “im”posición (actuación continua del proceso destructivo impuesta por una situación permanente).

En Definitiva: ¿Por qué “Modos de Vida” y no “Factores Causales de Riesgo”?

En 1979 Breilh publicó su primera crítica a la epidemiología de los “factores causales de riesgo” y propuso una epidemiología de los “modos de vida o reproducción social”, para sentar las bases para una renovación profunda del objeto/concepto/campo de la salud en general, iniciando una lucha contra la epidemiología funcionalista.

La pionera en este campo fue Cristina Laurell y sus trabajos sobre la transformación epidemiológica de la modernización del campo en México (1976), donde ya se plantea la crítica a la epidemiología positivista.

Se inició la construcción de una propuesta que permitiera pensar en Epidemiología sin la camisa de fuerza de las llamadas “causas” o “factores” con la cual el positivismo había

congelado la realidad y su movimiento, para atar la práctica al manejo de “funciones sociales” y acciones de restitución del “equilibrio social”. En esa época el discurso positivista no estaba en crisis y era la Escuela vigente en el mundo académico y el paradigma de toda investigación institucional.

1978 crean el CEAS: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, una de las primeras ONG contrahegemónicas de América Latina. Este movimiento estaba motivado en los esfuerzos emancipadores de los 70s, años de conmoción social y de lucha contra el dominio norteamericano en la enseñanza superior.³

El conjunto **“factor causal/paradigma de riesgo/acción funcionalista”** de la epidemiología clásica no permite penetrar en la realidad para apoyar su transformación, sino que constituye una herramienta de mediatización y hegemonía.

Epidemiología clásica	Epidemiología Crítica
<p>La unidad coherente es la idea de la realidad como dividida en “factores”, la concepción causalista del paradigma de los factores de “riesgo” y la reducción de la acción a la corrección funcional de riesgos para mantener el status quo.</p>	<p>La unidad coherente de esta epidemiología es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida o reproducción social con sus contradicciones y relaciones; la concepción dialéctica de que esos son determinaciones de las condiciones de vida y de las confrontaciones que ocurran en nuestros genotipos y fenotipos; y la proyección de la acción en salud como una ruptura contra los procesos que destruyen nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención), y a favor de los procesos que nos protegen y perfeccionan tanto colectiva como individualmente (promoción).</p>

Breilh plantea lo que llama el triángulo coherente de la epidemiología del poder: una ontología factorialista, una epistemología centrada en la teoría del riesgo y una práctica funcionalista.

La operación de dividir la realidad en factores causales responde a una visión filosófica positivista de un mundo fragmentado, clasificando a los fenómenos como entidades aisladas. Cuando se quiere “conectar” el factor causal con otro fenómeno, que puede ser un indicador de enfermedad, lo que se mira es si están asociados o no, a través de una prueba matemática. Esos pasos hacen parte de un proceso de reducción de la realidad: fraccionar y desconectar, o conectar con fenómenos aislados y nunca integrar en procesos generativos de los modos de vida y las relaciones sociales.

³ **Nota:** Suponemos que debe haberse creado en Ecuador, país de origen de Jaime Breilh.

No se trata de proponer una investigación epidemiológica sin modelos matemáticos o tablas, pero si integrar éstos al análisis y no que los instrumentos sustituyan o se anticipen al análisis de las determinaciones del movimiento y las relaciones generativas; que no copen todo el método, desplazando el análisis y procedimientos cualitativos. Por perfeccionado que sea el método matemático no puede ser el punto de partida ni de llegada de una investigación.

El objeto epidemiológico requiere la **triangulación** de procesos metodológicos atributivos y formales, de recursos de las ciencias sociales ligados a los de las ciencias biológicas.

Las categorías con las que trabajamos en epidemiología crítica son: ***lógica determinante*** del conjunto, los ***modos de vida o reproducción social de los grupos***; los ***estilos de vida*** cotidianos de las personas; los ***procesos críticos*** en un espacio de acción; los ***patrones típicos de exposición*** (e imposición); las dimensiones de la ***salud real/salud actual/salud observable***. Son algunas de las herramientas conceptuales para pensar dialécticamente un objeto que se mueve entre las características de ser simultáneamente simple y complejo; determinado y contingente o incierto; social y biológico; general, particular y singular.

Si los fenómenos de la realidad se desarrollan aislados, y sólo se tocan o conjugan por vínculos externos, entonces queda fuera la noción de modo de transformación, porque lo que interesa son las partes moviéndose como partículas y no el todo desarrollándose bajo un modo. Lo que une las partes de la salud como objeto en el positivismo es el riesgo, es decir la posibilidad o contingencia de que pueda relacionarse, tocarse, conformar una conjunción de causa efecto y así se puede señalar o “culpar” a esa “causa” o “factor” aislado de haber generado la enfermedad, y así queda por fuera el modo social de devenir, el sistema social con sus procesos determinantes en el análisis de la enfermedad.

Esta lógica positivista se articula con la noción de “función social”: Si un factor de riesgo convertido en variable pasa a integrar un modelo matemático y tiene un “peso” mayor en la explicación de la varianza de “y” pasa a ser inmediatamente factor de alto riesgo y la acción se orienta a modificarlo como proceso aislado; así la epidemiología queda convertida en una técnica empírica o, a lo sumo, en una ciencia descriptiva y pierde todo su potencial explicativo. Esta vieja epidemiología favorece la persistencia y legitimación de un sistema esencialmente patógeno.