

¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas

Conceptual differences and praxiological implications concerning social determination or social determinants

Carolina Morales-Borrero¹, Elis Borde²,
Juan C. Eslava-Castañeda³ y Sonia C. Concha-Sánchez

1 Departamento de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. carolinamorabo@yahoo.es

2 Escuela Nacional de Salud Pública/FIOCRUZ. Río de Janeiro, Brasil. borde.elis@gmail.com

3 Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. solracnauj2@yahoo.com

4 Facultad de Odontología Universidad Santo Tomás. Bucaramanga. Colombia. sococosa@yahoo.com

Recibido 11 Febrero 2013/Enviado para Modificación 28 Abril 2013/Aceptado 28 Agosto 2013

RESUMEN

Las diferencias entre la determinación social y los determinantes sociales de la salud no son sólo conceptuales, son también ético-políticas. Conllevan rutas y apuestas divergentes, explicaciones distintas sobre la causalidad y el riesgo en salud con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad. El propósito de este texto es advertir las implicaciones praxiológicas de los enfoques de la epidemiología social latinoamericana y la anglosajona y, nutrir el debate entre la determinación social y los determinantes sociales de la salud. Para ello primero sitúa la construcción socio-histórico de estos enfoques, luego analiza sus diferencias con base en criterios de valoración epistemológica, metodológica y ontológica y finaliza con una breve consideración acerca de las implicaciones prácticas que conllevan estas diferencias.

Palabras Clave: Desigualdades en salud, medicina social, proyectos de investigación, inequidad social (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The differences between the social determination of health approach, adopted by the Latin-American Social Medicine and Collective Health movement, and the WHO social determinants of health approach are not merely conceptual but reflect different ethical-political proposals. Different notions of causality and risk

are implied in the respective approaches and fundamentally shape how processes of health-illness and health inequities are understood and transformed. This article attempts to clarify these differences and specifically seeks to contextualize the socio-historical construction of each approach, address epistemological, methodological and ontological differences and propose some considerations regarding the praxiological implications.

Key Words: Social determinants of health, social medicine, research design (source: MeSH, NLM).

Ya desde el siglo XVII en la Europa occidental, y desde el siglo XVIII en el ámbito latinoamericano, la comprensión social de la salud ha estado presente en los estudios sanitarios (1,2). Pero fue en el siglo XIX, debido al despliegue de la revolución industrial, con sus dinámicas de urbanización, pauperización y crecimiento de las clases trabajadoras, cuando los vínculos entre salud y sociedad se hicieron más notorios y cuando la salud como fenómeno social se analizó con mayor interés y precisión en medio de la agitación política y la reorganización estatal (3). Desde entonces, no solo cobró importancia la medicina social sino que, desde diferentes perspectivas, se generaron las bases para pensar, de una manera más sistemática y científicamente fundada, la cuestión de la salud en las sociedades. A su vez, se hizo más clara la importancia de diferenciar el contexto social e histórico que da origen a los distintos enfoques sociales de la salud (4,5).

En este devenir histórico, que cobró gran vigor en la segunda mitad del siglo XX, se configuraron dos enfoques epidemiológicos principales en torno a la comprensión social de la salud: el primero derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona, base del enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS-a), y el segundo ejercido como propuesta alternativa a la epidemiología clásica y devenido en la medicina social y salud colectiva latinoamericana, base del enfoque de la determinación social de la salud (DSS-b) (6-8).

Con todo, la epidemiología social en sus dos versiones se desarrolla en medio de los cambios en los modelos de desarrollo económico y de organización estatal entre los años sesenta y ochenta, del siglo XX, en los distintos continentes, bajo el impulso renovador propiciado por los lineamientos de la atención primaria inicialmente y, posteriormente, por las directrices de la promoción de la salud (9,10).

En la segunda mitad del siglo XX, en el marco del Estado de bienestar europeo, se desarrolló la epidemiología social anglosajona, en sintonía con cierta visión crítica de autores como McKeown y Dubos (11,12), pero directamente relacionada con los estudios Whitehall y el Informe Black (13,14) que modificaron el modelo epidemiológico clásico al destacar, como elemento importante, las desigualdades sociales en salud. Más tarde con los trabajos de Whitehead (15), Marmot y colaboradores (16) y Diderichsen y colaboradores (17), se elaboró una propuesta más concreta sobre determinantes sociales de la salud que servirá de referente para el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (18,19). En su informe, la CDSS corrobora, con suficiente evidencia, que las condiciones de vida determinan la manera como las personas enferman y mueren y, a su vez, propone mejorar dichas condiciones, y luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, para así eliminar las desigualdades injustas en salud, en una generación (19).

En Latinoamérica, por su parte, se desarrolla el movimiento de la medicina social y la salud colectiva a finales de los años 60 y comienzos de los 70, del siglo XX, bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana, las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio garante de la soberanía de los pueblos. La idea central que orienta el accionar de dicho movimiento es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. Por ello la insistencia en la determinación social del proceso salud-enfermedad (20).

En la Región cabe resaltar el papel de Juan Cesar García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez en la consolidación del movimiento de la medicina social (20,21); así como los trabajos de Sergio Arouca, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Saúl Franco y Mario Testa, entre otros (22). Este enfoque cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo (6,7). Sus fundamentos se anclan en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales (23,24).

Contrastes

Cabe señalar que las dos vertientes de la epidemiología social reconocen la importancia del campo social de la salud en interacción con la biología,

relevan la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro (25).

Pero las diferencias de los enfoques aparecen al analizar sus supuestos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos, estos últimos referidos a los referentes ético-políticos (26,27). Así, por ejemplo, mientras que los DSS-a entienden la sociedad en su realidad poblacional, como sumatoria de individuos, la DSS-b asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual. Mientras que los DSS-a sostienen una perspectiva funcionalista de la sociedad, con privilegio de la idea de homeostasis como pauta y de cualquier alteración como desviación, la DSS-b sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social.

Los DSS-a ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene. De allí que las condiciones de vida se entiendan como factores de riesgo sin historia, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definido (25). Definen la estratificación social con base en los contextos sociales los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos (17,19).

La DSS-b, por su parte, identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Es por esto que los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social (7).

Mientras que los DSS-a entienden que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo

genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad; la DSS-b releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia (20,28).

Los DSS-a buscan evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable. Ambas propiedades individuales son asignadas al sujeto, aunque se señalen factores estructurales que funcionan como determinantes de dicha exposición. De allí que la intervención del Estado sea sobre cada actor responsable de la cadena causal. La estrategia es la coordinación de actores para afrontar la corresponsabilidad del fenómeno mórbido. La DSS-b, por su parte, reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la investigación y de la acción, la transformación social.

Implicaciones praxiológicas

Hay que señalar que los DSS-a confieren mayor potencial de cambio a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política (29) sin cuestionar las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista. La DSS-b, a su vez, otorga peso a los cambios en la correlación de fuerzas sociales y a la transformación de la calidad de vida con base en la contra-hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes (7).

Los DSS-a se inscriben en la noción liberal de justicia, según la cual se acepta como justo la acción individual moralizante que conlleva castigo sobre los enfermos (27,30). La política de salud desde esta noción, propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación. Para los enfermos esto conlleva un grado de vulnerabilidad o victimización para acceder a este tipo de política.

Para la CDSS una sociedad justa se caracteriza por proporcionar un alto grado de libertad a todos sus miembros por igual. Esto implica que las desigualdades de salud en sí mismas no son intrínsecamente problemáticas, ya que las desigualdades que son el resultado de elecciones libres de una persona son aceptables y justas (31). Este enfoque parte de una postura de justicia liberal redistributiva basada en la idea de que el individuo desarrolla capacidades o funcionamientos valiosos al decidir en libertad sobre su salud y su enfermedad. La política o la acción en salud lo que hace es compensar a favorecer la recuperación de dicha libertad del individuo. De allí la aceptación de la lógica de los subsidios condicionados para corregir un comportamiento individual.

Encambio, la inequidad social desde la DSS- es entendida como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación. Dichas relaciones enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de “triple inequidad” conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula a las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales e inequidades en salud (7). Al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global (32). Por ello, la participación política de los sujetos en las relaciones de poder es esencial para identificar los procesos de transformación social y para construir efectivos procesos de emancipación ♦

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado por la Comisión Europea – Séptimo Programa Marco, “Building sustainable capacity for research for health and its social determinants in low and middle income countries” (SDH-Net), número de contrato 282534, y generó un espacio para la reflexión acerca de los enfoques sobre la determinación social de la salud. A los dos grupos de investigación de la Universidad Nacional de Colombia que han contribuido en la realización de dicha investigación. Y a la Vicedecanatura de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia por respaldar la presentación de esta ponencia en el Congreso de ALAMES 2012 en Uruguay.

REFERENCIAS

1. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores; 1985.
2. Breilh J. Espejo epidemiólogo, nueva lectura de sus ideas científicas. En: Naranjo P, Fierro R (editores). Eugenio Espejo: Su época y su pensamiento. Quito: Corporación Editora Nacional; 2008.

3. Rosen G. A history of public health. Expanded edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
4. Arouca S. El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
5. Desrosiers G. Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. *Ruptures* 1996; 3(1):18-28.
6. Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*. 1999; 75: 5-30.
7. Breilh J. *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003.
8. Nogueira RP. Determinantes, determinação et determinismo sociais. *Saúde Debate*. 2009; 33(83): 397-406.
9. OMS. Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos No.1. Ginebra; 1978
10. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health*. 2003; 93(3): 383-388
11. Mckeown T. El papel de la medicina, ¿sueño, espejismo o némesis? México: Siglo XXI editores; 1982.
12. Dubos R. El espejismo de la salud. 3° reimpresión. México: FCE; 1981.
13. Eslava JC. Una aproximación general a la discusión acerca de los determinantes sociales de la salud. En: IV encuentro distrital de salud mental. Memorias. Bogotá, Impresol ediciones: 97-105
14. MacIntyre S. The black report and beyond what are the issues? *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 723-745.
15. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health. Oxford shire; 1993.
16. Marmot M, Wilkinson RG (eds). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press; 1999.
17. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhulya A, Wirth M. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington. OPS. 2002: 13-25.
18. Lee JW. Global health improvement and WHO: shaping the future. *Lancet*. 2003; 362: 2083-88.
19. OMS-CDSS. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe final. Ginebra; 2008.
20. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merthy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2002;12 (2): 128-36.
21. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*. 2011; 7(3): 285-315.
22. Rojas F, Márquez M (compiladores). *ALAMES en la memoria. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Caminos; 2009.
23. Breilh, J. *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*, 1era edición. Quito: Universidad Central. 1979.
24. Samaja J. *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. 3era edición. Buenos Aires: EUDEBA; 2005.
25. Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
26. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging influences. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE publications 2005. p.p. 191-215.
27. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

28. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010; 6(1):83-101.
29. OMS-Organización Mundial de La Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra. 2005. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf Consultado en octubre 2012.
30. Almeida Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. En: Nogueira RP (Org). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES. 2010: 13-36. [Internet]. Disponible en: <http://www.cebex.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Consultado septiembre de 2011.
31. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 1999; 222 (3): 429–445.
32. Cebes, *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Roberto Passos Nogueira (Organizador) Rio de Janeiro: 2010. [Internet]. Disponible en: <http://www.cebex.org.br/media/File/Determinacao.pdf> Consultado en octubre de 2012.

Epidemiología social anglosajona y epidemiología social latinoamericana. Hay diferencias pero también convergencias

Luis Jorge Hernández F.
Universidad de los Andes
luishern@uniandes.edu.co

El artículo hace un contraste entre dos enfoques: El de determinantes sociales anglosajón cuya epidemiología refieren como de epidemiología social anglosajona y el modelo de determinación social del proceso salud enfermedad latinoamericano y su correlato en la epidemiología social latinoamericana. Llama primero la atención que el artículo se refiera a “enfoques” y no a “modelos”, siendo categorías taxonómicas diferentes.

Al interior de la llamada epidemiología convencional o social anglosajona se han venido dando cuestionamientos y elaboraciones teóricas y metodológicas bien interesantes. A veces se ofrece una visión muy simplificada de la misma como lineal y reduccionista lo cual no corresponde a la realidad. Uno de los más influyentes “epidemiólogos clásicos”, Kenneth Rothman, señala, por ejemplo, que la epidemiología es todavía una ciencia joven y como hasta los años setenta del siglo pasado casi todos los epidemiólogos eran médicos. Sin embargo, posteriormente se ha presentado una clara diferencia entre los médicos, los estadísticos y los epidemiólogos, configurando la epidemiología un campo de saber específico y delimitado. Así mismo, Rothman sostiene que “un ejemplo de

la influencia negativa del pensamiento estadístico en la epidemiología es la dominancia de las pruebas de hipótesis estadísticas en el análisis de datos” y manifiesta las observaciones filosóficas a la llamada inferencia causal de la epidemiología, algunas de las cuales son (1):

- El inductivismo, desarrollado por Bertrand Russell (1945), que se basa en los resultados como una secuencia de eventos: Si p entonces q, si q es verdadero entonces p también lo es. Se configura entonces una falacia.

- El falsacionismo o “refutaciónismo”, a partir del trabajo de Karl Popper (1959), según el cual la ciencia avanza por un proceso de eliminación que el llamo “conjetura y refutación”.

Hay elementos de complementariedad entre la epidemiología social anglosajona y la latinoamericana. De hecho, una buena epidemiología crítica no excluye el abordaje inicial de los factores de riesgo. Dice Breilh: “La clave de la construcción de las nuevas propuestas radica en cómo lograr que el monitoreo estratégico no descuide los componentes de reacción y alarma ante urgencias, ni la eficiencia de los servicios, pero a la vez desarrolle toda la línea fundamental de apoyo a la construcción del poder” (2,3).

La epidemiología social anglosajona también ha propuesto modelos jerarquizados como los de Susser y Krieger, que se han venido ampliando metodológicamente. Si bien reconocen la “cientificidad” de la epidemiología, Breilh y Laurell, reconocen su “politicidad”. Es decir, la epidemiología si bien es una disciplina no es ajena a su contexto social y político, y el epidemiólogo puede ser un agente de transformación social.

Desde una perspectiva holística, Nancy Krieger, reconocida exponente de la epidemiología social anglosajona propone la “Epidemiología Ecosocial” y afirma por ejemplo que los determinantes sociales de la Salud no son distancias y que el determinante estructural no es “lejano” al individuo. De igual forma postula que existen patrones sociales de enfermedad que se expresan en lo biológico (4).

Utiliza el concepto de “embodiment” como la “expresión biológica de la desigualdad social se refiere a cómo las personas incorporan y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte”. En este campo hay un acercamiento

entre la teoría de la subsunción entre lo social y lo biológico de Jaime Breilh, de cómo la lógica de reproducción social hace que lo biológico se desarrolle subsumido en la determinación social (5).

Si bien entre las dos epidemiologías hay diferencias en lo ético-ontológico, como dicen los autores del artículo comentado, las cuales se deben contextualizar como productos, uno anglosajón y otro latinoamericano, con escenarios políticos, económicos y sociales diferentes, también hay puntos de convergencia a profundizar.

1. Rothman K, *Modern Epidemiology*, Williams and Wilkins; 1998. p. 3.
2. Breilh J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*. Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1994.
3. Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*. 1999; 75: 5-30.
4. Susser S. Choosing a future for Epidemiology I and II. *American Journal of Public Health*, May 1996; 86 (5): 668-670.
5. Krieger N, *Glosario de epidemiología social*. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002; 11(5/6),

¿Determinación social o determinantes sociales?: Diálogos para la acción

Andrés Duarte Osorio
Departamento de Medicina Preventiva y Social
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana
aduarte@javeriana.edu.co

Amelia Fernández Juan
Instituto de Promoción de la Salud
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana
afernand@javeriana.edu.co

El artículo sobre Determinación Social de la Salud o Determinantes Sociales de la Salud plantea la genealogía de los dos enfoques, cuyas diferencias conceptuales e implicaciones prácticas, aparentemente divergentes, se entrecruzan entorno a una comprensión social de la salud, que se construye sobre la base del reconocimiento de la incorporación biológica, de las experiencias de vida de las personas en diversos contextos sociales y ecológicos.

La conceptualización de cada uno de los enfoques, proporciona una estructura y unos contenidos para codificar e interpretar las realidades del proceso salud-enfermedad de personas o de grupos poblacionales. Explican además las interacciones entre características, capacidades, vulnerabilidades, adaptaciones y desenlaces en salud, independientemente del fin y del dominio de aplicación en que se usarán o reutilizarán sus definiciones.

Evidencian además que las interacciones entre los modos, estilos o condiciones de vida se relacionan con las problemáticas de salud y bien desde niveles estructurales, intermedios y personales o singulares, particulares y generales, dan cuenta tanto de los determinantes sociales de la salud como de la determinación social de la misma.

Ahora bien, en el eje de la discusión, subyacen dos nociones complejas e históricamente construidas: la noción de justicia y de equidad, las cuales a la vez que son la esencia del discurso de los dos enfoques, han retado a la salud pública en la práctica, por tanto en cuanto, es requisito que sean medidas y monitoreadas de forma tal, que permitan discriminar el impacto de las diferentes actuaciones de salud sobre personas y poblaciones.

Así las divergencias teóricas de los dos enfoques planteadas en el presente artículo, serán relevantes en la medida que se documenten las implicaciones diferenciales en la práctica.

Responden los autores

En cada uno de los textos que comentan nuestro artículo encaminado a mostrar las diferencias entre los enfoques de la determinación social y los determinantes sociales se evidencia una idea fuerza: en el primero es la complementariedad que existe entre enfoques o modelos, como sugiere llamarlos Hernández, mientras que en el segundo es que la relevancia de las diferencias entre los enfoques sólo resulta importante si se logra documentar que éstas tienen implicaciones prácticas diversas.

Frente al primer planteamiento, cabe señalar, por un lado, que se prefiere hablar de enfoques dado que dentro de ellos existen modelos diferentes. Pero, por otro lado, que sólo mediante el reconocimiento de las diferencias es que se puede plantear la posibilidad de una complementariedad (1). Sin embargo, no es tan fácil plantear la idea de complementariedad de enfoques

cuando sus diferencias son profundas y de base ontológica, epistemológica y praxiológica y no es posible construir complementariedad forzando la unión de manera artificial. Con todo, cabe reconocer que bien puede existir cierta confluencia de intereses y miradas entre diferentes autores lo cual podría responder a un desplazamiento paradigmático entre quienes se afilian a uno u otro enfoque, o a la irrupción de propuestas superadoras de la diferencia. Esto será un asunto que valdrá la pena analizar hacia el futuro y constituye una señal de que aún hace falta estudiar más afondo la manera compleja como se establecen las relaciones entre lo biológico y lo social en salud.

En cuanto al segundo planteamiento, vale la pena reconocer que el desarrollo investigativo y la difusión de las experiencias que se han construido desde la perspectiva de la determinación social aún son limitados. Esto resulta así, en parte, porque se han construido en contra del paradigma dominante, lo cual implica que el trabajo sea arduo y que la publicación de resultados en revistas de “alto impacto” no sea fácil. Con todo, cabe reconocer que ya existe alguna evidencia que ilustra las diferencias existentes entre los diferentes enfoques. Un ejemplo de ello son las investigaciones realizadas por Jaime Breilh en el campo de la floricultura en Ecuador las cuales, además de generar evidencia científica, gestan procesos de empoderamiento social de los “pequeños floricultores” en procura de una producción más saludables y en oposición al “capitalismo salvaje” profesado por los “grandes floricultores” (2,3). Otras experiencias locales pueden encontrarse en Brasil, Bolivia, Colombia, México, Salvador, Uruguay y Venezuela (4,5).

1. Currado JA. Nuevos paradigmas y política: El poder de la complementariedad. Trabajo presentado en el primer congreso de Psicología política 2000. [Internet]. Disponible en: <http://sincronicidad-consciente.blogspot.com/2008/11/nuevos-paradigmas-y-politica-el-poder.html> Consultado mayo de 2014.
2. Breilh J. Nuevo modelo de acumulación y agroindustria: las implicaciones ecológicas y epidemiológicas de la floricultura en Ecuador. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(1):91-104
3. Handal AJ, Lozoff B, Breilh J, Harlow SD. Effect of community of residence on neurobehavioral development in infants and Young children in a flower-growing región of Ecuador. *Environmental health perspectives*. 2007; 115(1):115-128
4. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine in Latinoamerica: productivity and dangers facing de major national groups. *The Lancet*. 2001; 358: 315-23.
5. Tejerina H, Soors W, De Paepe P, Aguilar E, Clososn MC, Unger JP. Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. *Medicina Social*. 2009; 4(4): 273-82.