

Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad

A Model to Assemble:
A Methodological Proposal to Address the Comparative Study of the History of Public Health, Health
Professions and their Two-Way Relationships with Society

Um modelo para armar:
Uma proposta metodológica para abordar o estudo comparativo da história da saúde pública, das
profissões da saúde e de suas relações de via dupla com a sociedade

Quevedo E, MD, PhD¹, Hernández M, MD, MsC, PhD², Cortés C, MsC, PhD(c)³, Eslava JC, MD, MsC⁴

Recibido: 15 de mayo de 2013 • Aceptado: 20 de octubre de 2013

Para citar este artículo: Quevedo E, Hernández M, Cortés C, Eslava JC. Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Rev Cienc Salud* 2013;11 (3):295-321

Resumen

Objetivo. El artículo presenta la propuesta teórico-metodológica que, a partir de elementos ya trabajados previamente, se construyó durante la primera fase de un proyecto de largo alcance que busca elaborar una historia comparada de la medicina y la salud pública en América Latina. *Metodología.* Para exponer dicha propuesta, en un primer momento se elabora un breve balance historiográfico de la literatura existente sobre la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina; en

¹ Profesor Titular de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y de la Escuela de Ciencias Humanas, director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, Universidad del Rosario, Bogotá. emilio.quevedo3@gmail.com

² Profesor asociado de la Facultad de Medicina, líder del Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. mariohernandez62@gmail.com

³ Profesora auxiliar de la Escuela de Ciencias Humanas e investigadora del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario, Bogotá. clauco4@yahoo.co

⁴ Profesor asistente de la Facultad de Medicina, investigador del Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección social, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. solracnauj2@yahoo.co

un segundo momento, se plantea una reconfiguración del concepto de ‘campo de la salud’, basada en un análisis crítico del concepto, y que se va perfilando como el marco de referencia para un programa de investigación en estudios sociales de la salud de largo plazo, en la Universidad del Rosario, programa en el cual se enmarca este proyecto comparativo; y, en un tercer momento, se presentan los lineamientos generales de la propuesta sobre la que se sustentará el proyecto. *Resultados:* Como resultado final se presenta una matriz que se estructuró a partir de todos los elementos teórico-metodológicos articulados en este estudio historiográfico. Dicha matriz está compuesta de nueve atributos y sus correspondientes categorías, que se utilizarán para llevar a cabo la segunda fase del proyecto comparativo de la historia de la medicina y la salud pública. La matriz se usará tanto para guiar la búsqueda de la información histórica como para llevar a cabo el análisis y la comparación conclusión.

Palabras clave: historia comparada, historia de la medicina, historia de la salud pública, América Latina, campo de la salud.

Abstract

The article shows the theoretical and methodological proposal that, grounded in previous studies, was built during the first phase of a long-term project that seeks to develop a comparative history of medicine and public health in Latin America. For laying out purposes, this article initially develops a brief historiographical overview of the literature on the history of medicine and public health in Latin America. It then proposes a reconfiguration of the ‘health field’ concept, based on a critical analysis of the concept, that begins to appear as a framework for a long term program of Social Studies of Health Research in El Rosario University, in which this comparative proposal is articulated. In a third moment, the article presents the general outlines of the proposal. As a final result, it presents a matrix to be used in the second phase of the comparative project of the history of medicine and public health in Latin America. It was structured upon all the theoretical and methodological elements discussed in this historiography study. This matrix was composed by nine attributes and their corresponding categories, which will be used as a guide to gather the historical records and to do the respective analysis and comparison.

Key words: Comparative History, History of Medicine, History of Public Health, Latin America, Health Field.

Resumo

Objetivo. O artigo apresenta a proposta teórico-metodológica que, a partir de elementos já trabalhados previamente, se construiu durante a primeira fase de um projeto de longo alcance que busca elaborar uma história comparada da medicina e a saúde pública na América Latina. *Metodologia.* Para expor dita proposta, em um primeiro momento elabora-se um breve balanço historiográfico da literatura existente sobre a história da medicina e da saúde pública na América Latina; em um segundo momento expõe-se uma reconfiguração do conceito de “campo da saúde”, baseada em uma análise crítica do conceito, e que vai-se perfilando como o marco de referência para um Programa de Pesquisa em Estudos Sociais da Saúde de longo prazo, na *Universidad del*

Rosario, programa no qual moldura-se este Projeto Comparativo; e em um terceiro momento, se apresentam os lineamentos gerais da proposta sobre a que se sustentará o Projeto. *Resultados*. Como resultado final apresenta-se uma matriz que se estruturou a partir de todos os elementos teórico-metodológicos articulados neste estudo historiográfico. Dita matriz está composta de nove atributos e suas categorias correspondentes, que se utilizarão para levar a cabo a segunda fase do projeto comparativo da história da medicina e a saúde pública. A matriz se usará tanto para guiar a busca da informação histórica quanto para levar a cabo a análise e a comparação.

Palabras-clave: História comparada, história da medicina, história da saúde pública, América Latina, Campo da saúde.

Introducción

El presente artículo recoge una parte de los resultados finales de la primera fase, de carácter exploratorio e historiográfico, de un proyecto de largo alcance para hacer una historia comparativa de la medicina y de la salud pública en América Latina.⁵ Lo que se presenta aquí es la propuesta teórico-metodológica que, a partir de elementos trabajados previamente, se cons-

truyó durante esa primera fase y que servirá para desarrollar, por un lado, un programa de investigación en estudios sociales y comparativos de la salud, de largo alcance y, por otro, las siguientes fases del proyecto comparativo, el cual se enmarca en dicho programa.⁶

La propuesta se plantea como una herramienta hermenéutica y comparativa que se apoya en métodos y categorías provenientes de diversas fuentes en especial, en lo que se refiere a lo comparativo, en los trabajos de Tilly,

⁵ Se trata del proyecto *Estudio comparativo sobre la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina (México, Centroamérica, Colombia, Ecuador y Perú). Fase 1: Proyecto exploratorio para la formulación de una propuesta de investigación*. Dicho proyecto fue cofinanciado por el Fondo de Investigaciones de la Universidad del Rosario (FIUR) y la empresa farmacéutica Tecnoquímicas de Cali. El proyecto es desarrollado por la *Red de Estudios Histórico-Comparativos de la Medicina y la Salud Pública Latinoamericanas*, bajo la dirección de Emilio Quevedo V., con el apoyo de jóvenes investigadores y estudiantes de las Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud y de Ciencias Humanas de la Universidad del Rosario. Los investigadores miembros de la red son: Enrique Beldarraín y Gregorio Delgado (Cuba), Carlos Viesca Treviño, Ana Cecilia Rodríguez de Romo, Ana María Carrillo Farga y Gabriela Castañeda (México), José Miranda (Guatemala), Ligia María Peña (Nicaragua), Pablo Benítez (El Salvador), Ana Paulina Malavassi (Costa Rica y Panamá), Germán Rodas Chaves (Ecuador) Julio Néstor Núñez Espinosa (Perú), Soledad Zárate y Andrea del Campo (Chile), Jaime E. Bortz, Adriana Álvarez y Adrián Carbonetti (Argentina), Sandra Burges (Uruguay), Silvia Waisse, Conrado Mariano Tarcitano Filho y Rachel Froes (Brasil) y Emilio Quevedo, Claudia Margarita Cortés, Mario Hernández, Juan Carlos Eslava, Marlín Téllez, Carolina Manosalva e Indira Rodríguez (Colombia).

⁶ Actualmente hacen parte de dicho Programa de investigación un proyecto comparativo de las epidemias de poliomielitis y del manejo del síndrome postpolio en América Latina, un proyecto comparativo de la historia de la fisiología en América Latina, un proyecto comparativo de los debates y las políticas sobre control natal en América Latina, un proyecto comparativo sobre la historia de la fisioterapia y sus relaciones con las epidemias de poliomielitis, un proyecto para estudiar las familias de los médicos como sociabilidades y sus relaciones con la profesionalización, y el proyecto comparativo de la historia de la medicina y la salud pública en América Latina, que es al que atañe más a este artículo. Es de anotar además que, en el ámbito de la investigación formativa, el programa incluye el diseño y puesta en marcha de un énfasis de grado en estudios sociales de la salud en la futura Maestría de Salud Pública (aprobada ya por Planeación Académica y actualmente en estudio por la División Financiera) y un eje de investigación, con su respectivo énfasis de grado en estudios sociales de la salud en el futuro Doctorado de Estudios de la Salud de la Universidad del Rosario (aprobado ya por Planeación Académica y actualmente en fase de correcciones para ser enviado luego a la División Financiera para su estudio).

que podrá ser transformada en el proceso investigativo, en la medida en que el trabajo sobre la bibliografía secundaria y sobre los documentos primarios aporte elementos nuevos o demuestre que el esquema general requiere una adecuación (1).

Las fuentes sobre las que nos apoyamos para construir el modelo fueron: los estudios histórico-comparativos, la historia y la sociología de las profesiones, la historia social, cultural y constructivista de las enfermedades y de las epidemias, los estudios socio-políticos de las políticas de salud y de las acciones sanitarias, el neoinstitucionalismo histórico, los análisis de las relaciones de redes de poder social, los estudios sobre las diferentes formas de sociabilidad, y los estudios prosopográficos y psicogenéticos. Todo ello enmarcado en categorías elaboradas por la economía política. Este trabajo pretende contribuir a una visión que integre los distintos aspectos de una misma realidad histórica: lo social, lo económico, lo político y lo cultural (2).

Para exponer esta propuesta, el artículo se divide en varios apartados. En primer lugar, se presenta un somero resumen del balance historiográfico realizado por el grupo participante en el proyecto de la literatura existente sobre la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina.⁷ Dicho balance incluye, tanto las historias de carácter nacional de los distintos países del subcontinente y los estudios de caso, como los escasos estudios comparativos. En segundo lugar, se expone el análisis, realizado en el ámbito del proyecto, de la polisemia del concepto de 'campo de la salud' y de las contradicciones intrínsecas a dicho concepto. En tercer lugar, y a partir de dicho análisis, se plantea una reconfiguración de este concepto, desde la cual

⁷ Los resultados relacionados con el análisis historiográfico de los trabajos históricos revisados en esa primera fase se presentarán de forma más amplia y completa en otro artículo actualmente en preparación.

se construyó la propuesta teórico-metodológica en cuestión. En cuarto lugar, se desarrollan los conceptos tomados de las corrientes de pensamiento articulados en un sentido heurístico para construir la propuesta. Finalmente se presentan unas breves conclusiones.

Un breve balance historiográfico

El trabajo de análisis historiográfico,⁸ realizado por los participantes en el proyecto, permitió identificar que los estudios de historia de la medicina y de la salud pública en América Latina pueden ser reunidos en cuatro grandes grupos:

En primer lugar, unas historias nacionales de la medicina o de la salud pública de carácter general escritas por médicos o salubristas aficionados a la historia y publicadas en formato de libro. A manera de ejemplo se pueden ver algunas historias de la medicina nacionales como las de Virgilio Paredes Borja para el Ecuador, Juan B. Lastres para el Perú, Carlos Infante Meyer para El Salvador, Ricardo Archila para Venezuela, Enrique P. Aznárez Aznárez para la Argentina, Ricardo Cruz-Coke para Chile, Lycurgo Santos Filho para el Brasil y Pedro María Ibáñez para Colombia, que si bien se refiere solo a Bogotá, se puede considerar como la primera historia general de la medicina en este país (3-10). También existen algunas escasas historias generales de la salud pública como la de Arturo Romero Beltrán para el caso colombiano, de carácter muy descriptivo, y la de Carlos Bustíos Romaní para el caso Peruano (11, 12). Todas estas obras tienen un carácter descriptivo, anecdótico y comparten un enfo-

⁸ En este trabajo se entiende por historiografía el estudio del pensamiento histórico, esto es, una especie de análisis crítico detallado histórico-epistemológico y social de la producción intelectual que relata y explica la historia sobre un tema o un problema específico, en este caso el de la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina.

que de carácter internalista.⁹ En general, casi todas tienen poco rigor histórico-metodológico y, si bien aportan infinidad de datos importantes, no siempre son datos confiables pues, en la mayoría de ellas, presentan imprecisiones, en el manejo de las fuentes documentales. Algunas de ellas son más rigurosas y tienen una orientación conscientemente positivista, como es el caso de la historia de la medicina en México escrita por Francisco de Asís Flores Troncoso, publicada en el siglo XIX, que fue estructurada sobre la teoría de los tres estadios propuesta por Augusto Comte (13).

En segundo lugar, un amplio grupo de trabajos realizados por médicos o salubristas caracterizados por tener diferentes formatos: algunas son historias locales (subnacionales), como por ejemplo la del médico Rafael Henao Toro (14); otras se refieren a historias de períodos específicos como el libro del médico Antonio Martínez Zulaica, sobre el siglo XVIII (15); otras trabajan historias de aspectos particulares o especializados de la práctica médica, como la del ingeniero Jorge Reynolds Pombo (16); otras más hacen historias de enfermedades o de las epidemias, como la del médico Hugo Armando Sotomayor Tribín, y otras se refieren a estudios de caso muy concretos (17). Todas ellas han sido publicadas como libros, capítulos de libro o artículos de revista. Estas aportan abordajes más específicos y a veces más amplios de ciertos aspectos o temas determinados. No obstante, desde el punto de vista metodológico, la mayoría de ellas comparan las características del primer grupo.

⁹ Las corrientes internalistas son aquellas que estudian la historia de las ciencias o las profesiones desde el interior de ellas, es decir, que centran su análisis en los procesos internos conceptuales y técnicos de la ciencia o de la profesión estudiada sin tener en cuenta los procesos sociales, económicos, políticos o culturales a los cuales ellos están articulados.

En tercer lugar, unas escasas historias generales de la medicina y de la salud pública y un importante grupo de trabajos puntuales, tanto en forma de estudios de caso, como historias regionales o especializadas, realizados por médicos y salubristas con alguna formación especializada en ciencias sociales. En el caso de las historias generales se destacan la coordinada en principio por Fernando Martínez Cortés y luego por Carlos Viesca Treviño para México, y la coordinada por Emilio Quevedo V. sobre Colombia (18-23). Para el caso de la historia de la salud pública hay también algunas pocas historias generales nacionales: en México, Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez escribieron el artículo y, en Colombia, un grupo de investigadores coordinado por Emilio Quevedo publicó una pequeña obra general y un artículo (24-26). Con relación al grupo de trabajos puntuales se pueden mencionar como ejemplos, entre muchos otros, algunas historias sociales de la medicina y de la salud pública que abordan solamente períodos específicos, como es el caso de la obra de José López Sánchez, la de Fernando Martínez Cortés, la de Emilio Quevedo y su grupo de investigación y la de Mario Hernández (27-30). Estas obras están ligadas de una u otra manera a las corrientes de la nueva historia social de la medicina o de la salud pública, y combinan el análisis de los procesos conceptuales y técnicos de la medicina y de la salud pública, con el estudio de sus procesos de profesionalización y sus relaciones de doble vía con la sociedad y la cultura. Al decir de Diego Armus, la nueva historia de la medicina “tiende a destacar los inciertos desarrollos del conocimiento médico, dialoga con la historia de la ciencia, discute no solo el contexto —social, cultural y político— en el cual algunos médicos, instituciones y tratamientos “triumfaron” haciéndose un lugar en la historia, sino también aquellos otros que

quedaron perdidos en el olvido. Es una narrativa que se esfuerza por tensionar la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social” (31, pp. 42-43). Así mismo, afirma Armus que la nueva historia de la salud pública “destaca la dimensión política, dirige su mirada al poder, la política, el Estado, la profesión médica. Es, en gran medida, una historia atenta a las relaciones entre instituciones de salud con estructuras económicas, sociales y políticas. Es, también, una historia que se piensa útil e instrumental, toda vez que busca en el pasado lecciones para el presente y el futuro, porque asume que la cuestión de la salud es un proceso no cerrado” (31, p. 44).

En cuarto lugar, un grupo que contiene una amplia serie de trabajos escritos por historiadores (o científicos sociales) profesionales que se han interesado en la historia social o cultural de la medicina y de la salud, presentados en su mayoría en forma de artículos de revistas o capítulos de libro, pero también en algunos escasos libros. Esta nueva tendencia ha ido en aumento en los últimos años y se destacan especialmente los estudios de caso particulares. En razón de la brevedad, mencionemos solo algunos libros como los de Gilberto Hochman, María Angélica Illanes Oliva, Ann Zulawsky, Nilson do Rosario Costa, Nisia Trinidad Lima, Jaime Larry Benchimol, Madel T. Luz, Diego Armus, Adriana Álvarez y Daniel Reynoso (50-52); Adrián Carbonetti (32, 52); María Soledad Zárate y muchos otros más. La mayoría de los autores se centran en aspectos sociales y culturales de las enfermedades y de las epidemias, o en aspectos sociales de la medicina o de la salud y suelen desplegar un bagaje teórico-metodológico propio de la disciplina histórica o de las ciencias sociales (55, 56). Como bien dice Diego Armus, “se trata de trabajos de historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos y críticos culturales que, desde sus propias disciplinas, han descubierto la riqueza,

complejidades y posibilidades de la enfermedad y de la salud, no solo como problemas sino también como excusas o recursos para discutir otros tópicos” (31, p. 45). Todos ellos aportan elementos importantes tanto en lo conceptual como en lo metodológico relacionados con esos otros aspectos sociales y culturales de la enfermedad, la medicina y la salud.¹⁰

Cabe señalar que estos trabajos no suelen abordar los mismos momentos y problemas, ni intentan un análisis comparativo entre diferentes países de los temas y procesos estudiados. El interés de los distintos investigadores se ha concentrado en problemáticas que solo, de manera indirecta y tangencial, exploran la dimensión regional latinoamericana del desarrollo de la medicina y de la salud pública.

Sin embargo, es necesario anotar que existen algunos intentos, tanto en el ámbito de los procesos médico-sanitarios como en el campo de las reformas de los sistemas de salud, que utilizan un enfoque que parte del análisis de varios países, pero que presentan los casos nacionales de forma paralela para mostrar cómo se llevan a cabo dichos procesos y reformas sanitarias en distintos países, pero no hacen análisis estrictamente comparativos (57-60). También hay que resaltar el gran trabajo comparativo realizado por Noble David Cook sobre las epidemias que diezmaron a los habitantes de América en la época del descubrimiento y conquista por parte de los europeos (61). Igualmente, existen unos pocos esfuerzos de análisis propiamente comparativos sobre el desarrollo de la organización de los sistemas de atención médica en algunos países de América Latina. Entre ellos, cabe señalar

¹⁰ En esta orientación vale la pena destacar el caso de los estudios sobre el rol de la Fundación Rockefeller en el desarrollo de políticas sanitarias en América Latina que han abordado el análisis de las políticas generales puestas en marcha por esta institución y que han sido comunes a varios países, así como su adecuación en cada uno de los contextos nacionales.

el trabajo de Mario Hernández cuyo interés está en la configuración de los sistemas de salud de Colombia y Argentina en un periodo de 70 años y para ello recurre a un enfoque comparativo y socio-político (62). Recientemente, el grupo de investigación liderado por este investigador ha comenzado a realizar un trabajo de carácter comparativo sobre las reformas sanitarias en Brasil, Colombia y México durante el siglo XX, en el cual se combina el análisis socio-histórico, la teoría de la regulación y el enfoque de economía política (63). Por otro lado, está también el estudio de Susana Belmartino que si bien compara otros países (Argentina, Brasil y Chile) y su período de análisis es un poco más largo también conjuga el análisis socio-político con las categorías del neo-institucionalismo histórico (64).

En otro campo del saber, el de la sociología y la historia de las profesiones, el análisis historiográfico reveló que, como bien lo planteó Jesús M. de Miguel en el prólogo que hizo en 1978 para el libro de Eliot Freidson, *La profesión médica*, su desarrollo ha sido muy escaso en el subcontinente latinoamericano y son muy pocos los trabajos que han utilizado sus enfoques y categorías para estudiar los procesos históricos de profesionalización y desprofesionalización de la medicina y de la salud pública en la región (65). Los únicos dos trabajos que hemos podido conocer que han utilizado ese enfoque son el de Ricardo González Leandri sobre el caso de la profesionalización de la medicina en Argentina y el de Juan Carlos Eslava sobre la profesionalización de la salud pública en Colombia (66, 68).

Es necesario resaltar que hace dos años, de manera excepcional, Susana Belmartino empezó a proponer, de manera directa, un desarrollo metodológico más claro para realizar una historia comparada de la profesión médica y los sistemas de salud articulando el análisis

socio-histórico, las categorías del neoinstitucionalismo histórico y las de la sociología de las profesiones para comparar dos países en un período de mediana duración: Argentina y Estados Unidos (69). Por lo pronto, desconocemos si dicho proyecto está en ejecución y no hemos encontrado ningún artículo publicado como producto del mismo.

En resumen, la revisión historiográfica reveló que, si bien existe una amplia cantidad de información sobre la historia de la medicina y la salud pública en cada uno de los países y en multiplicidad de ámbitos, tanto temáticos como geográficos, no existe ninguna propuesta en el mapa latinoamericano para intentar un abordaje comparativo continental, en la perspectiva de la larga duración, de los procesos de profesionalización y desprofesionalización de la medicina y de la salud pública en la región latinoamericana en su conjunto. De esta revisión se desprende la necesidad de emprender un trabajo comparativo pero, además, de construir un enfoque teórico-metodológico coherente y lo suficientemente comprensivo.

La identificación de varios problemas como punto de partida

En vista de que el concepto de 'salud' es de carácter polisémico, que su definición no es única ni clara y en su interior están indiferenciadas varias realidades que dificultan tanto la recolección de la información como el análisis al momento de abordar su estudio histórico, y que esto ha llevado a que una buena parte de los historiadores de la salud mezclen en sus trabajos el estudio y análisis de esas diferentes realidades como si fueran una sola cosa, en el año 2004, algunos de los actuales investigadores de este proyecto propusimos un modelo teórico para abordar el estudio del 'campo de la salud' que permitiera reordenar todas esas distintas realidades (29).

Este modelo se ha venido consolidando en estos diez años y ha servido de punto de partida, tanto para plantear el proyecto comparativo, como para diseñar un programa de investigación en estudios sociales de la salud en la Universidad del Rosario.

Veamos cuál fue la discusión de la que se originó este modelo. En primer lugar, como bien lo señaló el salubrista mexicano Julio Frenk, el concepto de 'salud' ha estado siempre cargado de significados ambiguos y contradictorios (70). Por un lado, porque en el ámbito actual, las concepciones mismas de salud son contradictorias: unos la entienden como un 'estado', tal como lo definió la Organización Mundial de la Salud desde 1946; y otros, como un 'proceso' y, ante todo, como un 'proceso social', tal como lo han venido planteando Castellanos, Laurell, Breihl y Quevedo (71-74). Pero, por otro lado, porque en la historia misma del término 'salud' se han destacado varias connotaciones o acepciones que la describen de maneras distintas, dependiendo del momento histórico, y la formación y las orientaciones de quienes trabajan en dicho campo. Algunos la han entendido como la ausencia de enfermedad en las personas: al respecto el gran cirujano francés René Leriche decía que "la salud es la vida en el silencio de los órganos" (75, pp. 16). Otros la han comprendido como el conjunto de los 'grandes problemas' que amenazan el bienestar de las poblaciones, tal como las epidemias, los desastres naturales o los padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad. Otros se la imaginan más como el conglomerado de instituciones, de carácter público o privado, que prestan diferentes tipos de servicios sanitarios o de asistencia médica y como el conjunto de las políticas y acciones sanitarias de diverso tipo, incluyendo las tecnológicas, que se ponen en marcha para prevenir o enfrentar la enfermedad y garantizar el restablecimiento o la rehabilitación,

tanto de los individuos como de los distintos colectivos sociales. Algunos que, como Winslow, le han puesto el adjetivo 'pública', se han referido a ella como a una actividad ocupacional o como a una profesión y la han considerado como una ciencia o un conjunto de ciencias (76). Algunos han comenzado a imaginarla como el espacio de confluencia entre varios tipos de saberes. Otros más, la han entendido como el conjunto de condiciones o factores biológicos y/o ambientales y/o sociales y/o culturales, que determinan la aparición de la enfermedad y su restablecimiento (77-79). Entre ellos, Lalonde ha planteado el concepto de 'campo de la salud' para entender los factores de carácter biológico hereditario, comportamental, ambiental y de los servicios de atención, que determinan la salud y la enfermedad de los grupos humanos, y proponiendo dicho 'campo' como el espacio en el cual se puede actuar para manejar los problemas de salud de las comunidades (80). Para los penúltimos, esta ha sido un espacio más amplio, al que le llaman la "fabrica social de la salud", y que incluye el cuerpo de los individuos y su construcción y dominación social y cultural, los medios que garantizan la vida, como el agua fresca, el abrigo, y al que le agregan elementos como la 'familia', los 'amigos' y la 'comunidad', además de los conceptos mismos de salud y enfermedad dominantes en las diversas comunidades, incluyendo las sustancias medicinales, las técnicas terapéuticas, y las instituciones propias de cada comunidad, etcétera (81). Y, finalmente, para los últimos, aunque no en sentido cronológico, la salud es un campo de lucha entre actores socio-políticos, que incluyen al Estado, las instituciones y los individuos (82).

Algunas de estas definiciones son descripciones de varios aspectos del abordaje que los humanos hemos construido para enfrentar la enfermedad y garantizar la salud; otras tienen

un carácter más analítico y pretenden dar cuenta de los distintos elementos o factores que intervienen en el mantenimiento de la salud y en la causalidad de la enfermedad y de las formas de interacción entre ellos y, otras más, se refieren a la salud como a las ciencias que dan cuenta de ella o de la enfermedad, o como a las actividades ocupacionales o profesionales que recomiendan o ponen en marcha acciones para garantizar la salud de las personas y las comunidades.

Esta dificultad lleva a que los historiadores de la medicina y de la salud historien una o varias de estas realidades definidas por los distintos conceptos. Esto ha llevado, en general, a tres tradiciones de la historia de la salud pública. En primer lugar, quienes estudian la historia de las enfermedades y de las epidemias que se centran en el análisis de los elementos biológicos de estas, utilizando un 'ontologismo nosológico' que se basa en el reduccionismo de la biología y de la teoría bacteriológica. Desde ese punto de vista, entienden las enfermedades del pasado como si fueran entidades ontológicas con existencia y esencia propia y las analizan tal y como se conciben hoy: el uso de categorías nosológicas actuales, como lo ha resaltado Jon Arrizabalaga, lleva a estos autores a utilizar el método del diagnóstico retrospectivo, el cual los conduce a interpretaciones presentistas y biologists, y descuidan los procesos de construcción social y cultural de dichas enfermedades (83). En segundo lugar, existe un debate entre quienes consideran a la salud pública como una ciencia y quienes la conciben como una profesión o como una práctica política y, por extensión entre aquellos que se dedican a la historia de la medicina y de la salud pública desde las propuestas de la historia de las ciencias o de las profesiones y los que la hacen desde la historia política, ambos grupos producen historias sesgadas que dejan de lado aquellos aspectos que no concuerdan con las perspectivas que les da

su punto de partida. Y, en tercer lugar, quienes estudian las políticas de salud tienen abordajes contrapuestos, pues se afilian a posturas de análisis de política contrapuestas, tal como las ha definido Clark (84): unos explican los procesos de su formulación desde el rol desempeñado por el Estado y sus efectos sobre los resultados de las políticas; otros, desde el papel de las instituciones, las corporaciones y los grupos de presión de la sociedad civil, considerando a los actores individuales (los sujetos) como expresiones de los intereses y de las construcciones ideológicas, jurídicas y políticas del Estado o de los grupos e instituciones que se afilian a y enfilan en ellas; y, finalmente, otros le adjudican a los individuos y a su racionalidad el desarrollo e implementación de dichas políticas públicas.

El campo de la salud y su reconfiguración

Teniendo en cuenta las dificultades que implica la polisemia del término salud y los problemas identificados en el abordaje histórico hegemónico de la medicina y de la salud, fue que algunos de los investigadores de este proyecto propusieron, ya hace algunos años, una reconfiguración del concepto 'campo de la salud' que permitiera caracterizar de mejor forma los objetos de estudio que conforman este campo.¹¹ Se proponía diferenciar en dicho campo tres subcampos o espacios diferentes, pero interactuantes: el subcampo de la salud del público, y el subcampo de la salud para el público y el subcampo de las profesiones de la salud, en el cual incluíamos tanto a la medicina como a la

¹¹ En ese momento, año 2004, aún no nos habíamos acercado al concepto de 'campo social' propuesto por Pierre Bourdieu, y entendíamos el 'campo de la salud' como un espacio en donde estaban en juego muchos saberes y donde se ejercían muchas prácticas, pero no aún como un campo de relaciones de lucha entre actores.

salud pública. Los tres subcampos han estado permanentemente indiferenciados dentro del concepto de salud y de salud pública (31). Esta nueva taxonomía, aunque inicialmente concebida para la salud pública, se puede aplicar a todo el campo de la salud, con lo que se abre el espacio para la discusión futura. Consideramos que al dividir el campo de la salud en estos tres ámbitos, o subcampos se posibilita cierta apertura a otras áreas del conocimiento y del saber, especialmente desde los abordajes históricos, sociológicos y culturales.

El subcampo de la salud del público

En el subcampo de la salud del público, quedarían incluidos los distintos procesos específicos del enfermar de los sujetos y de los grupos humanos, así como las maneras de representárselos que ellos mismos construyen. También quedarían incluidos todos los elementos, condiciones y determinantes de la salud y de las formas de enfermar de los individuos y de las poblaciones (29). Consideramos que el estudio histórico-comparativo de este subcampo debe superar, por un lado, la idea reduccionista y organicista de que la enfermedad es simplemente una realidad material de alteración corporal y orgánica de los individuos, de carácter ontológico y, por el otro, el abordaje histórico presentista y el consecuente método histórico del diagnóstico retrospectivo, que este enfoque presupone, y que ha sido practicado tradicionalmente por la paleopatología, la epidemiología histórica, la demografía histórica y por la epidemiología molecular.

Por eso se propone, para el Programa de Estudios Sociales de la Salud, releer los resultados producidos por esas ciencias y producir nuevos enfoques y conocimientos desde las ciencias sociales y, muy especialmente, desde los supuestos conceptuales y metodológicos

del constructivismo social (83). La historia social y constructivista de las enfermedades y de las epidemias, propuestas por Charles E. Rosenberg y Jon Arrizabalaga y por la antropología y la sociología médicas, permiten nuevas aproximaciones a las dinámicas de producción y distribución de las enfermedades en los grupos humanos, haciendo énfasis siempre en los procesos de construcción histórico-social y cultural de las formas del enfermar humano, en los procesos histórico-ambientales y su interacción con los procesos sociales y humanos, en los procesos histórico-epidemiológicos y demográficos o en sus causas e impactos económicos (49, 81, 85-93).

Por su parte, la sociología y la economía política, develan que estas siempre se producen en y como resultados de los regímenes de reproducción social y en procesos de configuración social específica. Esto permite entender el enfermar humano de forma articulada con los conflictos de clase, grupo, género y etnia que las cruzan, en el marco de los grandes procesos de reproducción social (73, 94). Este marco de referencia es muy ambicioso y podrá dar origen a varios proyectos de investigación comparativos en el mediano y largo plazo en el marco del Programa de Estudios Sociales de la Salud.

En lo referente al proyecto comparativo en sí, es necesario aproximarse de alguna manera al problema de la salud del público, puesto que son las condiciones de salud y enfermedad de los grupos humanos las que exigen de la medicina y de la salud pública unas acciones concretas para enfrentarlas. Por lo tanto, los investigadores del proyecto optaron por tener en cuenta, con relación a este punto, la situación diferencial de salud de las poblaciones de cada uno de los países a estudiar, las tendencias de las desigualdades en salud según clases sociales, etnia, género, generación y territorio, así como

las condiciones que determinan dicha situación de salud y las representaciones que de ellas se construyen en cada momento histórico.

El subcampo de las profesiones de la salud En el subcampo de los oficios y las profesiones de la salud, se incluyen todas aquellas prácticas ocupacionales que han tenido como objetivo social mantener la salud y enfrentar la enfermedad, entre ellas la medicina y la salud pública, objeto de estudio del proyecto comparativo de historia de la medicina y de la salud pública en América Latina (29).¹²

Estas prácticas ocupacionales, si bien han compartido a través de la historia ese objetivo social común, se han diferenciado en cada momento por las formas específicas en que han cumplido dicho objetivo, dependiendo del tipo de conocimientos y prácticas que han utilizado para hacerlo ya que estos y estas son históricas en sí mismas y, por lo tanto, específicas para cada lugar y cada momento histórico concreto (95). No obstante, va a depender también, de las relaciones y los procesos políticos que, en cada situación histórica, han establecido con la sociedad y con el Estado para obtener de estos el “derecho exclusivo para desempeñar ciertas tareas, para reclutar y educar a sus miembros, para dar órdenes a otras ocupaciones y para definir en qué consistirá su trabajo”, es decir, para garantizar su autonomía o autodirección, la cual es siempre relativa pues va a depender en todo momento de los vínculos que establezca con el Estado (96).

Estos oficios y prácticas ocupacionales se han encargado, a través de la historia, de es-

tudiar las condiciones y determinantes de la salud del público y de proponer formas de actuar para mejorar dichas condiciones, tanto en lo individual como en lo colectivo. Una buena parte de estas prácticas ocupacionales fueron llevando a cabo unos procesos de profesionalización, que para algunas se inició desde finales del siglo XVIII, para otras se dio durante el siglo XIX y, para algunas más, ya en el siglo XX. Pero no importa en qué momento se dio el proceso en cada país o región, lo importante es que dichos procesos de profesionalización estuvieron ligados en cada uno de los países al proceso mismo de conformación de los Estados nacionales liberales y burgueses que requerían de la clase media para la prestación de servicios para las clases altas productivas (industriales, comerciantes y banqueros, además de algunos terratenientes ligados a la industrialización del campo), y para las clases bajas que aportaban su fuerza de trabajo para la producción. Esto llevó a la organización de la clase media prestadora de esos servicios, en nuestro caso, los servicios de salud y atención médica, para poder negociar con el Estado sus mecanismos de profesionalización, es decir, de autonomía y de control sobre su trabajo (97).

Para abordar el estudio histórico de esos procesos de profesionalización y superar así, en la historia de la medicina, la tradicional dicotomía entre el abordaje de esta como ciencia o como práctica liberal y política, y en la historia de la salud pública como ciencia o como profesión de carácter especialmente burocrático, proponemos utilizar, por un lado, la categoría de campo social propuesta por Pierre Bourdieu y ampliada por Belmartino y Bloch y por Mario Hernández y, por otro lado, las categorías elaboradas por la historia y la sociología de las profesiones, de las que hablaremos más adelante, como herramientas de trabajo que articulan ambas propuestas.

¹² En el Programa de Estudios Sociales de la Salud se podrán ir trabajando otras profesiones de la salud diferentes a la medicina y la salud pública. De hecho, ya se ha iniciado un proyecto sobre la historia de la profesionalización de la fisioterapia y la relación de dicho proceso con las epidemias de poliomielitis.

Pierre Bourdieu considera que las sociedades son unas especies de racimos de campos sociales y que cada uno de ellos es un espacio o, más bien, un conjunto, de relaciones de fuerza que se establecen entre los agentes o instituciones que participan en él y que luchan políticamente en su interior “[...] [por] la distribución del capital específico, [material y simbólico], que ha sido acumulado [en dicho campo] durante luchas anteriores y que orienta las estrategias ulteriores”. Un campo se establece, entre otras formas, “definiendo aquello que está en juego [en él] y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos [...] y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo” (98, pp. 135-13). Es en este sentido que Belmartino y Bloch y sobre todo Mario Hernández, consideran que tanto las profesiones mismas, como la salud, podrían ser entendidas como “campos sociales” (30, 82).

Por su parte, las categorías elaboradas por la historia y la sociología de las profesiones, permiten entender que en su proceso histórico de conformación, el cual ha sido llamado por Turner “proceso de profesionalización”, estas van construyendo varios elementos constitutivos que las diferencian de las otras (99). En primer lugar, unos cuerpos de conocimientos y saberes propios, o producidos por otros, pero apropiados por ellas (en nuestro caso de estudio, la medicina y la salud pública, manejan cuerpos de saberes sobre la mente y el cuerpo sanos y enfermos, sobre la salud y la enfermedad en los individuos y las comunidades, y sus procesos de generación, sobre los elementos diagnósticos, terapéuticos, y preventivos, etcétera).

En segundo lugar, construyen conjuntos de actividades y normas técnicas (en el caso de la medicina y de la salud pública: diagnósticas, terapéuticas y preventivas), éticas y regulatorias de la práctica profesional. Para los teóricos

funcionalistas y positivistas, son estos saberes (en su mayoría de carácter altamente técnico e incomprensible para las personas ajenas a la profesión) y estas prácticas, construidas sobre los progresivos avances tecnológicos, las que determinan y garantizan la autonomía de las diversas profesiones, en la medida en que están construidos a partir de un lenguaje esotérico y especializado que garantiza el monopolio del saber y de la práctica y asegura un prestigio y un *status* social a los miembros de la profesión, respecto a los que no lo son. Según ellos, de este *status* profesional se derivarían mayores recompensas sociales así como mayores ganancias, prestigio y poder (100).

Para otros, en cambio, con una mirada menos internalista, funcionalista y evolucionista, el conocimiento, la técnica y la ética de una profesión son problemáticos y no se les puede considerar como dados en sí, para constituir parte del modo en que se define una profesión. Consideran que estos son, más bien, consecuencia de los procesos sociales y políticos que un grupo ocupacional pone en marcha para lograr su exclusividad, para aparecer y ser reconocidos como expertos en la solución de un conjunto de problemas específicos de la sociedad. Es decir, que “el conocimiento, la destreza y la preocupación por el bienestar público” se deben concebir más útilmente como “las proclamas ideológicas que una profesión realiza sobre sí misma para lograr apoyo público y político para sus privilegios” (96, p. 9).

En tercer lugar, las profesiones crean, adaptan, transforman y organizan instituciones propias o de las que se apropian (en nuestro caso, y desde un enfoque de poder social, lo que Michel Foucault e Ivan Illich han llamado “procesos de medicalización” que actúan además como formas de biopoder o biopolítica) (101-104). Estas instituciones son de varios tipos: para el ejercicio de la profesión (en el

caso de la medicina: hospitales, consultorios, dispensarios, entre otros); para la reproducción de los saberes y prácticas profesionales (facultades, escuelas, seminarios, talleres, centros o institutos o grupos de investigación, y demás); para la circulación del saber (textos, revistas, congresos, etcétera); para la agremiación y construcción de autonomía; y para la regulación de las prácticas (asociaciones, sociedades, academias, sindicatos, etcétera) (97).

Finalmente, en cuarto lugar, estas actividades, durante sus procesos de profesionalización, van estableciendo relaciones de doble vía con la sociedad y con el Estado. Estas relaciones crean condiciones sociales y estatales que influyen en el desarrollo de las profesiones, como formas de reconocimiento social de su práctica, de su saber, de su autonomía, etcétera; pero también, la sociedad y el Estado son influidas por las representaciones y construcciones conceptuales que las profesiones elaboran sobre la realidad en la que actúan así como por sus propias prácticas transformadoras de dicha realidad social. Según este enfoque, a la medicina, la higiene pública y la salud pública hay que entenderlas como profesiones. Y en el caso de las dos últimas, tal vez haya que entenderlas como dos momentos distintos de un mismo proceso de profesionalización.

Así, en este subcampo de las profesiones de la salud, la historia social de las ciencias y de las técnicas y la sociología del conocimiento podrán ayudar en la comprensión, en el estudio de los procesos de profesionalización, de la dinámica histórica de construcción social de los cuerpos de saberes y de técnicas de dichas profesiones. Esto puede complementar el trabajo de la historia y la sociología de las profesiones y de las organizaciones, para dar cuenta de los otros aspectos de la construcción profesional como son los procesos de institucionalización, de construcción de autonomía y de espíritu de cuerpo y de clausura o cerramiento social, tendientes a la constitución

de élites, de monopolios, de elegibles, y de formas de exclusión social y de poder ideológico, político y económico, entre otros (105, 106).

Estos mecanismos de cierre o de clausura social, tendientes a lanzar la autonomía y la hegemonía sobre los distintos capitales y mercados en un campo determinado, lo logran las profesiones a partir de la puesta en marcha de un cierto número de rituales y convenciones, con los que refuerzan sus aspiraciones e intereses y también su competencia en el mercado, fenómeno llamado por Collins "clausura de mercado". Según Collins, la cultura académica y, sobre todo, las credenciales educativas, son la base fundamental de la clausura y de la exclusión que logran las profesiones en los momentos más culminantes de sus procesos de profesionalización en las sociedades modernas (107).

Pero también los procesos de institucionalización, y de acción colectiva o "concertada", como la llamaba Max Weber, conducen a la formación de asociaciones, corporaciones y sindicatos profesionales tendientes a la construcción de autonomía, a la configuración de la autoafirmación, a la definición, aceptación y/o imposición de regulaciones éticas y a la adquisición de privilegios legales (108).

Un enfoque así permite entender la creación de monopolios profesionales como el resultado de la constitución de una dominación sobre los mercados, que facilita excluir a los competidores, sobre la base de una mezcla de un abanico de intereses y privilegios y de la adquisición de una autoridad más o menos formal y, en la mayoría de los casos, legal. Para Sarfatti Larson es el Estado el que finalmente asegura las condiciones de profesionalización y es, al mismo tiempo, el que facilita, condiciona y asegura la autonomía profesional proponiendo la dupla intervención/autonomía, sin mover la balanza hacia un lado o hacia el otro (109). En esto se puede decir que coincide con Freidson. En

este sentido, la reacción de Terence Johnson refutando la idea común de que a mayor intervención estatal habría menor autonomía profesional y viceversa, llega más lejos en el análisis de este asunto planteando que el proceso de profesionalización es un aspecto más del complejo itinerario de la construcción misma del Estado (110, 111).

Pero, como dice González Leandri, todas estas formas y procesos de interacción se dan en la historia como parte constitutiva de los procesos de profesionalización y ocurren al interior de un campo social, es decir en el proceso de “constitución de un sistema de instituciones y de agentes directa o indirectamente relacionados con la existencia de una actividad profesional” (97, p. 143). Por lo tanto, el estudio de la historia de las profesiones de la salud, incluyendo a la medicina y a la salud pública, “nos conduce de manera ineludible a interrogarnos acerca de las condiciones sociales que han hecho posible su emergencia y su constitución particular y sobre el momento en que la actividad en cuestión comienza a funcionar como un campo de competición, es decir como lugar de confrontaciones entre agentes con intereses específicos vinculados a sus respectivas posiciones” (*Ibidem*). A partir de allí, podemos dar cuenta de los procesos de construcción de saberes, de prácticas, de instituciones y de relaciones entre los agentes para lograr, por un lado, el monopolio de unos saberes y unas prácticas y legitimarlos como hegemónicos y, por otro, el establecimiento de límites para la participación legítima en sus luchas y, por lo tanto, para el ejercicio del poder en uno o en varios campos sociales determinados. Cada uno de estos aspectos de las profesiones de la salud están articulados a procesos sociales que cruzan varios campos, de carácter local, nacional e internacional. Todo esto configura entonces otra de las características de las profesiones: su relación de doble vía con la sociedad.

El subcampo de la salud para el público

En el subcampo de la salud para el público se incluyen todas las acciones políticas así como las formas organizativas institucionales Estatales y civiles que ponen en marcha programas para garantizar la salud del público, es decir las políticas de salud, las acciones sanitarias, los programas de salud, los sistemas de prevención y de atención médica y de prestación de servicios de salud, incluyendo las instituciones y organizaciones relacionadas con ellos (29). Obviamente, todos estos elementos permitirían desarrollar diversos tipos de proyectos en el marco del Programa de Estudios Sociales de la Salud, pero solo tocan tangencialmente al proyecto comparativo, en la medida en que son, al menos en parte, consecuencia de las acciones de los salubristas que conforman el cuerpo de profesionales de la salud pública, entendida y estudiada en este proyecto como profesión.

En este sentido, algunas veces el surgimiento de estas formas organizativas se ha apoyado, por un lado, en los conocimientos producidos por las diversas ciencias (biológicas, sociales, humanas, económicas, etcétera) y acumulados en los cuerpos de saberes de las profesiones de la salud y especialmente de los salubristas y, por otro, en las recomendaciones que esas profesiones de la salud elaboran para orientar dichas acciones. Otras veces surgen de los saberes y recomendaciones propuestas por otras disciplinas y profesiones como la economía, la ciencia política, las relaciones internacionales o las ciencias sociales. Pero también, más de una vez, del sentido común, bueno o malo, de los mismos políticos que las imaginan y las implementan.

Para comprender, desde el punto de vista histórico-comparativo, tanto los procesos por los cuales se llegan a definir y poner en marcha las acciones implementadas para solucionar los problemas de la salud del público y para regular las prácticas profesionales de la salud, así como las

relaciones de doble vía que se construyen entre las profesiones de la salud, la sociedad civil y el Estado, se propone también, como en el subcampo anterior, combinar el concepto de ‘campo social’, formulado por Pierre Bourdieu pero, en este caso, con los enfoques del neoinstitucionalismo histórico, siguiendo y enriqueciendo las miradas que al respecto y basándose en Theda Skocpol, han elaborado de forma preliminar Mario Hernández y Susana Belmartino (69, 112-114).

La salud como campo social: el enfoque socio-político

En primer lugar, retomaremos más a fondo la lectura que del concepto de ‘campo social’ bourdieano realizaron Susana Belmartino y Carlos Bloch, en la década de 1990, y que ha sido utilizada en nuestro medio por Mario Hernández (30, 82). Según esta lectura, el ámbito de la salud puede ser considerado como un campo social porque lo que los grupos humanos llaman salud se puede entender como un objeto de disputa, pues se le otorga un valor o un capital material y simbólico que está en juego en el campo. Dicho campo estaría estructurado por las relaciones que se establecen entre los diferentes actores que luchan políticamente por hegemonizar el capital simbólico y material que se produce y se acumula en ese campo de la salud (82). Dichos capitales están representados, por un lado, como capital simbólico, en las concepciones y representaciones sobre la salud y la enfermedad y sobre su manejo, sobre lo justo o lo injusto en salud y a que es a lo que se tiene derecho en ese campo, y en “el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales mediante las cuales se ejerce el poder” político y social que está en juego; y, por otro lado, como capital material, compuesto por los recursos económicos, financieros y materiales que en el campo se manejan y los beneficios económicos derivados “de los mercados relacionados con el proceso de aten-

ción [médica y sanitaria] predominante, en un momento y un lugar dados” (62, p. 68).

Belmartino y Bloch introdujeron en el estudio histórico de las instituciones que interactúan en el campo de la salud la categoría de actor socio-político para referirse a ellas y definen que una institución se torna en actor socio-político relevante cuando este “[...] se identifica con un proyecto político de reformulación de las relaciones sociales en la que se inserta o, por el contrario, cuando defiende [la] reproducción [de dichas relaciones] cuando [estas] se encuentran amenazadas por el cambio. Las instituciones son reconocidas como actores [socio-políticos] cuando sus miembros [léase individuos] comparten una identidad, se reconocen como parcialidad en un campo de negociación política, manifiestan una particular percepción de lo bueno, lo justo, lo adecuado, lo conveniente, en relación con el conjunto de relaciones sociales por las que se sienten afectados” (82, p. 369).

El neoinstitucionalismo histórico y el campo de la salud

Por su parte, el neoinstitucionalismo histórico nace en torno a los años ochenta del siglo XX, con un programa de investigación que resalta que para estudiar las políticas públicas no es suficiente el estudio socio-político de las instituciones de la sociedad civil (las empresas, corporaciones, los partidos políticos y los grupos de presión), y propone, pues, que es necesario volver a traer el Estado al centro del análisis socio-histórico (115). Según André-Noel Roth Deubel esta tendencia resalta la necesidad de “[...] aprehender el Estado en una perspectiva de largo plazo y de manera comparativa, al situar este en el centro del análisis. Los investigadores que se inscriben en esta corriente buscan conceptualizar la relación entre las instituciones y el comportamiento individual en términos relativamente amplios. Ellos prestan particular atención a las asimetrías de poder

que derivan de la acción y el desarrollo de las instituciones. [Estos investigadores asocian] el análisis institucional a la influencia de factores cognitivos —como las ideas y la cultura— sobre los procesos políticos” (116, p 38).

Proponen que el Estado es una institución compleja que articula un conjunto de instituciones, es decir un conjunto diferenciado de reglas de funcionamiento que estructuran la acción social, que articulan la interacción entre diversos actores sociales, expresan relaciones de poder y determinan quienes hacen parte o no del juego social y qué papel van a cumplir dentro de él. Estas organizaciones son la arquitectura misma de los cargos que en ellas existen y que son ocupados por las burocracias. Analizado en perspectiva histórica, el Estado representa, tanto las formas de poder central, que se expresan y ejercen por medio de las leyes, las normas y la coerción por la fuerza, como las luchas de la burocracia gubernamental que se inserta y apropia de su estructura organizacional, en beneficio de sus intereses de diverso tipo. Por lo tanto, el Estado funciona no solo como actor socio-político sino, también, como arena de lucha de los otros actores sociopolíticos y de los individuos por la hegemonía de los capitales del campo (112, 114).

Esta última forma de entender al Estado como ‘arena de lucha’ también se podría aplicar al resto de instituciones de la sociedad civil y sus organizaciones pues, además de que se pueden convertir en actores socio-políticos, son también espacios de lucha entre los sujetos que en ellas trabajan y en las cuales vierten sus intereses de todo tipo. De esta forma, los procesos socio-políticos de formulación de políticas o de creación o reforma de sistemas de salud no llevan a la implementación inmediata y automática sino a dinámicas sociales complejas.

Este enfoque aporta un esquema para entender las relaciones de doble vía que establecen las profesiones con la sociedad y el proceso socio-

político de formulación e implementación de políticas públicas y sistemas de atención médica. En estos procesos dinámicos desempeñan un rol importante los procesos de profesionalización y los vínculos cambiantes y complejos que los miembros de esas profesiones enlazan entre ellos y las distintas élites dominantes y con el Estado.

En ese sentido, como bien lo recuerda Ricardo González Leandri, pero desde otra perspectiva, la del poder, tanto Elliot Freidson como Terence Johnson, al volver a valorar la relación entre las profesiones y el poder y colocarla en el centro de sus análisis “llegan al convencimiento de que el estudio de la construcción histórica de una profesión debe atender en forma prioritaria a los vínculos complejos y cambiantes que sus miembros —en su pugna por convertirla en tal— entretengan históricamente con las distintas élites dominantes y con el Estado” (97, pp. 78-79). Para hacer esto era necesario superar la definición de poder que los funcionalistas habían reducido a una mínima expresión y la reconstrucción de la relación Estado/profesiones. En ese sentido, Terence Johnson propuso, en trabajos posteriores, adoptar una visión relacional del poder, incorporando, como complemento, las categorías de gobernabilidad y normalización desarrolladas por Michel Foucault (111). Debido a que los puntos de contacto entre las profesiones y las disciplinas resultan frecuentes, Jane Goldstein propuso, en este mismo sentido, acercar ambos conceptos, con sus similitudes y diferencias, enfoque que considera de suma utilidad teórica (117).

Como bien lo destaca González Leandri basándose en los textos de Johnson y Goldstein, este enfoque permite introducir en el análisis de las profesiones la teoría de Foucault de que las “disciplinas se relacionan de manera estrecha con la gobernabilidad, que incluye la clasificación y vigilancia de la población. La normalización del sujeto-ciudadano y el disciplinamiento de los sujetos aberrantes. [...] la rápida cristalización

de la figura del experto y el establecimiento de asociaciones profesionales en el siglo XIX, estuvieron vinculadas a este último proceso. El establecimiento de las distintas jurisdicciones profesionales fue desde principios del siglo XIX [...] resultado de los programas y políticas gubernamentales. En consecuencia puede decirse, según esta concepción, que las profesiones fueron parte de la formación del Estado” (97, pp. 78-79). Para Foucault es también importante su concepción del poder como vínculo y la idea de que en la modernidad “el poder legítimo reside en la obediencia de los sujetos”. Es por eso que la gobernabilidad se vincula con la normalización, representada en “un conjunto de programas, instituciones, mecanismos y saberes [...] auténtico entramado que potencia a los programas políticos [...] y que las profesiones modernas fueron la forma institucionalizada que adquirieron esos saberes” (97, p. 79). En el caso de la profesión médica, no se puede separar a los expertos profesionales de los ‘definidores oficiales’ pues los médicos han estado, en unas épocas más que en otras, íntimamente involucrados en la generación de definiciones gubernamentales relacionadas con la salud y la práctica profesional. Por ejemplo, los médicos al supervisar las definiciones de la enfermedad y del orden social, la profesión es el Estado, pues forman parte de un área oficial del discurso. Esto significa que la experticia y la autonomía técnica están claramente articuladas al área de la gobernabilidad (97, 111).

Los sujetos políticos de la salud

Este enfoque del neoinstitucionalismo histórico propone, además, recuperar y articular el análisis del rol desempeñado por los sujetos en la construcción de las instituciones, tanto civiles como estatales, y como protagonistas de las luchas que se dan en el campo de la salud por medio de ellas. Para superar el problema de si la institución determina al individuo o viceversa

(el dilema del huevo o la gallina) se propone realizar un análisis de momentos históricos puntuales, que permitan comprender procesos específicos de ‘configuración social’, y ‘psicogenética’, tal como lo formulaba Norbert Elias. Es decir, como formaciones sociales que van integrando relaciones de interdependencia cada vez más complejas entre actores y sujetos. Esto permite develar la diferenciación de funciones sociales que se expresa en la prolongación de dichas cadenas de interdependencia (118).

Para superar el concepto tradicional de ‘agente’ como un sujeto consciente que lucha en un campo, tal como lo maneja la historia liberal, proponemos la categoría de sujetos políticos para poder entender que esos individuos no actúan a partir de su conciencia individual sino como sujeto colectivo, es decir como individuo sujetado a redes de pensamiento y de acción que le determinan su conducta y su *habitus* en el sentido que Bourdieu le da a ese término. Por eso, los neoinstitucionalistas rescatan la idea de que lo que un individuo ve como acción racional está socialmente construido (69). El psicoanalista argentino Néstor A. Braunstein, seguidor de Jacques Lacan, propone que esta construcción social del sujeto se produce a través de lo que él ha llamado ‘doble proceso de sujetación’, es decir, que en la medida en que un sujeto se construye en un proceso histórico-social específico, simultáneamente va quedando sujetado por la sociedad en la cual se construye, por medio de la ideología, en el sentido gramsciano (119, 120). En otras palabras, va introyectando la concepción del mundo (*Weltanschauung*) de la clase dominante que precisamente se debe extender a la gran mayoría de la población haciéndose sentido común de los sujetos sujetados (la ideología), convirtiéndose en la concepción del mundo reconocida como evidente, por lo tanto, hegemónica, incuestionable y connatural a todos los grupos sociales no antagónicos (121). Esta

introyección se produce a través de los que Louis Althusser ha llamado ‘aparatos ideológicos del Estado’ (el aparato eclesiástico —el sistema de las diferentes iglesias—, el escolar, el familiar, el jurídico, el político —con los diferentes partidos—, el sindical, el de la información —prensa, radio, televisión—, el cultural, etcétera) (122).

Por su parte, los métodos prosopográficos permiten entender cómo los sujetos están articulados a redes y a sociabilidades políticas y religiosas o familiares y cómo sus acciones, intereses y preferencias tienen un componente aparentemente racional, pero están sometidos a los elementos ideológicos que conforman lo que Jean Piaget ha llamado su ‘inconsciente intelectual’ (2, 123-135). Y es por eso que, sin que ellos se den cuenta, esos elementos ideológicos hegemónicos, la concepción del mundo y de ellos mismos hegemónica, les naturalizan sus entornos ambientales, económicos, sociales, culturales y políticos, y les moldean esas tomas de decisión ‘racionales’, las cuales se convierten en motores de la acción social en el desarrollo e implementación de las acciones profesionales, pero también de las políticas públicas y privadas.

Estos sujetos políticos, así como también lo hacen las instituciones (los actores socio-políticos de Belmartino y Bloch, pueden participar en varios campos simultáneamente y pueden llevar intereses y representaciones de un campo a otro, lo que hace que los procesos sociales no sean un contexto externo al campo o un telón de fondo, sino que eso que hemos llamado ‘contexto’ es, en sí mismo, el racimo de campos que se acercan o se alejan del campo sobre el que hemos puesto nuestro foco de atención.

El ámbito de los procesos macroestructurales

Finalmente, en el campo de la salud, como en todos los campos, los conjuntos de relaciones que los caracterizan y las formas que estas

adoptan, así como los capitales en juego, las instituciones y los sujetos, son históricos y pasan por distintos períodos que corresponden a formas específicas de construcción y estructuración del Estado, a modos determinados de acumulación de capital, a regímenes de gobierno, en configuraciones o formaciones sociales determinadas, a través de procesos históricos de integración global, regional, nacional y local.

Todo esto tiene que ser visto como un conjunto de relaciones macroestructurales que cruzan o atraviesan el ámbito microestructural de los campos. Un estudio de la historia de la salud y, por lo tanto, de la medicina y de la salud pública, se debe realizar, entonces, teniendo en cuenta todos los elementos mencionados anteriormente, pero poniendo en marcha análisis que den cuenta, por un lado, de los procesos macroestructurales de reproducción de las sociedades específicas y de los procesos jurídico-político-ideológicos de construcción de relaciones hegemónicas entre los grupos de poder, las distintas clases y grupos sociales, en el campo de la salud, pero en el contexto de regímenes de acumulación de capital y de gobierno específicos, que le marcan el rumbo a una formación social determinada, en unos momentos concretos de su historia. Y, por otro lado, en el ámbito macroestructural de las relaciones geopolíticas que han influido y continúan influyendo de forma transversal, en esos procesos comunes a los distintos países de una región.

Enfoque comparativo

Las siguientes fases del proyecto comparativo se desarrollarán estudiando los siguientes atributos que concretan los distintos aspectos planteados en este artículo como característicos de la historia de los procesos de profesionalización, obviamente desde la perspectiva de la medicina y la salud pública, entendidas como profesiones, y que, en general, son comunes a estas dos profesiones en toda la América Latina:

Tabla 1. Matriz de relación entre atributos y categorías para la búsqueda de la información documental, el análisis y la comparación

Periodo: (1760-2010)

| Atributos | Categorías |
|---|---|
| Situación y condiciones de salud-enfermedad de las poblaciones | Condiciones que determinan la situación de salud Situación diferencial de salud de las poblaciones según clases sociales, etnia y género |
| Conocimientos y prácticas específicas | Transformaciones en los conceptos y las prácticas, de salud, enfermedad, causalidad, diagnóstico, terapéutica, prevención, individual y colectiva Relación médico-paciente-comunidades Desarrollos técnicos y tecnológicos Debates internos y corrientes de pensamiento y conflicto de paradigmas Grandes referentes de la medicina y la salud pública nacional y latinoamericana (sujetos políticos, reconocidos y excluidos) |
| Instituciones de ejercicio, de producción y reproducción social de la profesión | Escuelas y universidades Planes de estudio y estrategias de formación Centros de investigación y desarrollo tecnológico Hospitales y centros de servicio Instituciones estatales de salud Publicaciones |
| Relaciones y conflictos con otras prácticas en salud | Medicinas, saberes y prácticas aborígenes Medicinas, saberes y prácticas afrodescendientes Medicinas, saberes y prácticas alternativas Saberes y prácticas populares |
| Formas de organización del trabajo y del empleo | Trabajo independiente (práctica liberal) Trabajo asalariado Trabajo por prestación de servicios Trabajo por medio de cooperativas y corporaciones |
| Formas de organización y de lucha por la autonomía y autorregulación | Academias, asociaciones y agremiaciones Dinámica de la lucha gremial Códigos de ética o deontología médica |
| Relaciones dialécticas con la sociedad | Relaciones con el Estado de regulación, autonomía, gobernabilidad, remuneración y control del ejercicio profesional Normas de regulación estatal de la práctica médica Número de médicos y del personal de salud Dinámica de desarrollo de la práctica médica en la expansión de los sistemas de servicios de salud Relaciones con agentes y empresas del complejo médico industrial y financiero de la salud Relaciones con dinámicas culturales, políticas y militares en los procesos de construcción de nación |
| Individuos destacados, algunos no siempre socialmente visibles o reconocidos como tales | Jaloneadores de procesos de organización profesional Investigadores productores de nuevos cuerpos de saberes Expertos en el campo de la práctica que construyen nuevos cuerpos de prácticas profesionales Organizadores y directores o burócratas de instituciones privadas o públicas (estatales) Constructores de procesos institucionales, de políticas públicas y privadas Entretejedores de procesos de autonomía y autorregulación, o de hegemonías |
| Relaciones geopolíticas | Relaciones con centros de producción y reproducción de la medicina científica moderna Agendas internacionales en salud y atención médica Relación con organismos internacionales e instituciones transnacionales filantrópicas y empresariales de la salud |

- Situación y condiciones de salud-enfermedad de las poblaciones
- Conocimientos y prácticas específicas
- Instituciones de producción y reproducción social
- Relaciones y conflictos con otras prácticas sociales en salud
- Formas de organización del trabajo y del empleo de los profesionales
- Formas de organización y de lucha por autonomía y autorregulación
- Relaciones dialécticas con la sociedad
- Relaciones geopolíticas

Todas ellas con sus respectivas categorías (tabla 1).

El análisis tendrá en cuenta grandes procesos, agendas y orientaciones políticas, conceptuales y técnicas que han cruzado el campo de la salud en dimensión continental en diferentes épocas, pero también las diferentes formas como esos grandes procesos, agendas y orientaciones políticas, conceptuales y técnicas han sido transformados en los ámbitos locales y nacionales debido a condiciones geográficas, demográficas, económicas, políticas e históricas específicas a cada lugar, pero también, debido a las acciones, participaciones e intereses de los actores sociopolíticos y de los sujetos de cada espacio geopolítico, social y cultural.

Para dar cuenta de esas similitudes y diferencias que se presentan entre los distintos países, se combinarán dos tipos de comparación histórica, siguiendo la clasificación propuesta por Charles Tilly: por un lado, una comparación universalizadora, que “[...] aspira a explicar el hecho de que cada uno de los casos de un fenómeno sigue en esencia la misma regla” y, por otro lado, una “comparación identificadora de la diferencia”, que “[...] trata de establecer un principio de variación en el carácter o la inten-

sidad de un fenómeno mediante el examen de las diferencias sistemáticas entre los distintos casos” (1, pp. 105-106).

Epílogo: Hacia un eclecticismo consecuente

No se pretende proponer aquí un eclecticismo acrítico que se apropie de elementos de diversos enfoques y teorías al azar y en forma desarticulada. Lo que se ha tratado es armar un entramado teórico con varias herramientas de tal forma que la articulación de todas estas teorías y sus métodos a la propuesta neoinstitucional permita, por un lado, abordar más a fondo el estudio del rol desempeñado, tanto por las instituciones públicas y privadas (actuando como actores sociopolíticos) en los diversos campos en los que intervienen, como por los individuos que participan en la lucha desde las instituciones, los grupos de presión y las diversas formas de sociabilidades y articulados a redes de poder de distinto tipo. Y, por otro lado, develar cómo todas esas diversas formas de organización social marcan a los individuos, como sujetos políticos, y les definen derroteros a sus intereses y a sus objetivos, estrategias y tácticas de lucha por hegemonizar los capitales simbólicos y materiales que están en juego en los campos en que participan.

El modelo de abordaje que aquí se presenta se puede convertir en un punto de partida útil. En primer lugar, para superar los enfoques tradicionales centrados solamente en la historia de la medicina e ir más allá de las perspectivas de carácter descriptivo, así como de aquellas de corte internalista, tanto continuista, evolucionista y funcionalista, como de las puramente filosóficas y epistemológicas, todas ellas propias de la mayoría de las historias de la medicina latinoamericanas. Esto con el fin de entender el campo de la salud como un ámbito mucho

más amplio susceptible de ser estudiado por las diversas ciencias sociales y humanas relacionadas con la salud. Y, en segundo lugar, para la recolección de la información en las fuentes primarias y en la bibliografía secundaria y para su correlación y análisis en el marco, tanto del proyecto comparativo de la historia de la medicina y la salud pública, como en los demás proyectos comparativos de la historia de las enfermedades, de las ciencias y de otras profesiones de la salud, así como de las políticas de salud en América Latina, temas de investigación que hacen parte del Programa de Estudios Sociales de la Salud.

Este modelo, propuesto a partir de una línea de trabajo ya desarrollada en publicaciones previas de los miembros de la red que conforma el equipo de investigación de este proyecto y de otros autores, es de carácter abierto y está aún en construcción. Con él se pretende explorar la posibilidad de profundizar la capacidad explicativa del análisis histórico utilizando categorías e instrumentos de otras ciencias sociales.

Siguiendo a González Leandri, creemos, además, que esta es una herramienta “a partir de la cual cada investigador que quiera adentrarse en el [estudio del] tema, pueda construir [...] su propia agenda de cuestiones”, tomando

de ella lo que las circunstancias y su particular objeto de estudio le demanden. “Es decir, [...] un conjunto de problemas o ‘zonas problemáticas’ a los que debe atenderse, más que un núcleo duro de soluciones preconcebidas, que funcione, [...] al modo de una teoría de alcance medio, útil para la yuxtaposición de elementos teóricos que si bien pueden resultar contrapuestos en sus proposiciones últimas, no lo son en determinados aspectos coyunturales” (97, p. 68).

Con relación específica al proyecto comparativo de la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina creemos, siguiendo a este investigador, que “[...] la aplicación del tipo de abordaje señalado al proceso de construcción histórica de profesiones específicas [como la medicina y la salud pública] puede ayudar a captar en forma simultánea algunas características más generales y, por lo tanto, comparables, y también otras pertenecientes a su más profunda e irrepetible especificidad” (97, p. 68). Pero, como todos los modelos y formas de abordaje de la realidad construidas por los seres humanos, este enfoque deberá ser subvertido en el transcurso de la investigación, pues solo el trabajo de pesquisa y de reflexión sobre sus resultados permite reconstruir formas de explicación y de relato específicas.

Bibliografía

1. Tilly C. Grandes estructuras, procesos amplios, comparaciones enormes. Madrid: Alianza; 1991.
2. Villa J. Clases y élites en la investigación. Algunas reflexiones teóricas y metodológicas. En: Carasa Soto P, editor. Elites Prosopografía contemporánea. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1994. p. 11-24.
3. Paredes V. Historia de la Medicina en el Ecuador. Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana; 1963.
4. Lastres JB. Historia de la medicina peruana. Lima: Universidad Mayor de San Marcos-Imprenta Santa María; 1951.
5. Infante-Meyer C. Historia de la medicina en El Salvador. El Salvador: Ancalmo Internacional; 2000.
6. Archila R. Historia de la medicina en Venezuela. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1961.

7. Aznárez EP, editor. Historia general de la medicina argentina. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 1980.
8. Cruz-Coke R. Historia de la medicina chilena. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1995.
9. Santos L. História geral da medicina brasileira. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1977.
10. Ibáñez PM. Memorias para la historia de la medicina en Santa Fe. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos; 1884.
11. Romero A. Historia de la salud pública y la epidemiología en Colombia. Medellín: OPS/OMS-FNSP-SCE; 1999.
12. Bustíos C. Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú (1533-1933). Lima: Concytec/Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
13. Flores F. Historia de la medicina en México. México: IMSS; 1982.
14. Henao R. Apuntes sobre la historia de la medicina en Manizales. Manizales: Biblioteca de Escritores Caldenses; 1984.
15. Martínez A. La medicina del siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada. Tunja: UPTC; 1973.
16. Reynolds J. 30 años de la estimulación cardíaca en Colombia Bogotá: Editorial Andes; 1988.
17. Sotomayor HA. Guerras, enfermedades y médicos en Colombia. 1.^a ed. Bogotá: Escuela de Medicina Juan N. Corpas; 1997.
18. Martínez F, editor. Historia general de la medicina en México. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México/Academia Nacional de Medicina; 1984.
19. Martínez F, Aguirre G, Moreno de los Arcos R, editores. Historia general de la medicina en México. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México/Academia Nacional de Medicina; 1990.
20. Viesca C, Rodríguez ME, Martínez X. Historia general de la medicina en México. México, D. F.: Academia Nacional de Medicina/Universidad Autónoma de México; 2001.
21. Quevedo V. E, Pérez R. GE, Miranda C. N, Eslava C. JC, Hernández A. M, Acosta B. MC, et al. Historia de la medicina en Colombia. Bogotá: Tecnoquímicas-Grupo Editorial Norma; 2010.
22. Quevedo V. E, Pérez R. GE, Miranda C. N, Eslava C. JC, Hernández A. M, Bustos J. LP, et al. Historia de la Medicina en Colombia. Bogotá: Tecnoquímicas-Grupo Editorial Norma; 2008.
23. Quevedo V. E, Pérez R. GE, Miranda C. N, Eslava C. JC, Hernández A. M, Bustos J. LP, et al. Historia de la Medicina en Colombia. Bogotá: Tecnoquímicas-Grupo Editorial Norma; 2007.
24. Rodríguez AC, Rodríguez ME. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. História, ciências, saúde-Manguinhos, 1998;5(2):293-310.
25. Quevedo V. E, Hernández A. M, Miranda C. N, Mariño C, Cárdenas H, Wiesner C. La salud en Colombia. Análisis sociohistórico. Yepes FJ, editor. Bogotá: Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación; 1990.
26. Quevedo V. E, Quevedo MC. La salud pública en Colombia: Cien años atrapada entre los intereses internacionales y el desinterés nacional. Rosario, 2001;95(588):5-29.
27. López J. Cuba, medicina y civilización. Siglos XVII y XVIII. La Habana: Instituto Cubano del Libro/Editorial Científico-Técnica; 1997.
28. Martínez F. La medicina científica en el siglo XIX mexicano. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1989.
29. Quevedo VE, Borda C, Eslava CJC, García CM, Guzmán M, Mejía P, et al. Café y gusanos, mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá: Universidad Nacional/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina; 2004.

30. Hernández M. La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Instituto de Salud Pública; 2002.
31. Armus D. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclepio*. 2002;LIV(2).
32. Hochman G. A Era do Saneamento: As Bases da Política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec Anpocs; 1998.
33. Illanes Oliva MA. Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadores Sociales (1887-1940). Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2007.
34. Illanes Oliva MA. “En nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...)”. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973. (Hacia una historia social del siglo XX). 2.ª edición. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
35. Zulawski A. Unequal Cures. Public Health and Political Change in Bolivia, 1900-1950. Durham: Duke University Press; 2007.
36. Costa N. Lutas urbanas e controle sanitario. 2.ª edición. Río de Janeiro: Vozes; 1986.
37. Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: Uma História de três dimensões. En: Finkelman J, editor. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Río de Janeiro: Editora Fiocruz-OPS/OMS; 2002. p. 23-116.
38. Benchimol J. Domingos José Freire y los comienzos de la bacteriología en Brasil. En: Cueto M, editor. Salud, cultura y sociedad en América Latina. Lima: OPS-IEP; 1996. p. 53-86.
39. Benchimol J. Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1930). Río de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
40. Benchimol J. Febre Amarela. A doença e a vacina, uma história incabada. Benchimol J, editor. Río de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz; 2001.
41. Benchimol JL. Manguinhos. Do sonho à vida. A Ciência na Belle Époque. 1.ª edición. Río de Janeiro: Casa Oswaldo Cruz; 1990.
42. Benchimol JL, Texeira L. Cobras, lagartos e outros bichos. Uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Río de Janeiro: Editora UFRJ/Casa Oswaldo Cruz; 1993.
43. Luz MT. As Instituições Médicas no Brasil. Instituição e Estratégia de Hegemonía. Río de Janeiro: Edições Graal; 1979.
44. Luz MT. Medicina e ordem política brasileira. Gentile de Melo C, editor. Río de Janeiro: Edições Graal Ltda.; 1982.
45. Luz MT. Instituições médicas do século XIX aos anos 20: Os projetos de medicina social e saúde pública. En: Luz MT, editor. Medicina e ordem política brasileira. Río de Janeiro: Edições Graal Ltda.; 1982. p. 101-214.
46. Armus D. Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870-1940. En: Cueto M, editor. Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Lima: Instituto de Estudios Peruanos-IEM; 1996. p. 111-33.
47. Armus D. “Milonguitas” en Buenos Aires (1910-1940): tango, ascenso social y tuberculosis. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 2002;9 (Suplemento):187-207.
48. Armus D. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. En: Armus D, editor. Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 13-40.
49. Armus D. La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa; 2007.

50. Álvarez A, Carbonetti A. Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida. Mar del Plata: Universidad de Mar del Plata-Eudem; 2008.
51. Álvarez A, Molinari I, Reynoso D. Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX. Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2004.
52. Álvarez A, Reynoso D. Médicos e instituciones de salud. Mar del Plata: H.I.S.A./Universidad Nacional de Mar del Plata; 1995.
53. Carbonetti A. Enfermedad y sociedad. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba, 1906-1947. Córdoba, Argentina: Emecor;1998.
54. Carbonetti A. Gumersindo Sayago y la formación de la tisiología en el interior de la República Argentina. En: Álvarez A, Carbonetti A, editores. Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida. Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata-Eudem; 2008. p. 169-97.
55. Zárate MS. Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la 'Ciencia de Hembra' a la ciencia obstétrica. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2007.
56. Zárate MS, editor. Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile. 2.^a edición. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012.
57. Espinosa LM, Beldarraín E. Cuba y México. Desastres, alimentación y salud. Siglos XVIII y XIX. Estudios de caso México: Plaza y Valdés, S. A.; 2005.
58. Fleury S, Belmartino S, Baris E. Reshaping Health Care in Latinamerica. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa: International Development Research Center (IDRC); 2000.
59. Fleury S, Mendonça MH. Reformas sanitarias en Italia y Brasil: comparaciones. En: Fleury S, editor. La reforma sanitaria en busca de una teoría. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1990. p. 253-306.
60. Kaufman RR, Nelson JM. Crucial Needs, Weak Incentives. Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latinamerica. Washington: Woodrow Wilson Center Press/The Johns Hopkins University Press; 2004.
61. Cook ND. La conquista biológica: las enfermedades en el Nuevo Mundo, 1492-1650. Madrid: Editorial Siglo XXI; 2005.
62. Hernández M. La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950 [tesis de doctorado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. 340 p.
63. Hernández M, et al. Trayectorias comparadas de la salud. Brasil, México y Colombia (1930-2012). Bogotá: En prensa.
64. Belmartino S. Servicios de salud y sistema político, Argentina, Brasil y Chile, 1920-1970. En: Armus D, editor. Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 101-44.
65. De Miguel, JM. Prólogo. En: Freidson E. La profesión Médica. Barcelona: Ediciones Península; 1978. p. 5-7.
66. González Leandri R. Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886. Madrid: CSIC; 1999.
67. Eslava JC. La Emergencia de la salud pública como campo profesional en Colombia [Tesis de Magister]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
68. Eslava JC. Buscando el reconocimiento profesional. La salud pública en Colombia, en la primera mitad del siglo XX. Bogotá: Instituto de Salud Pública/Facultad de Medicina/Universidad Nacional de Colombia; 2004.
69. Belmartino S. Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica. Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas-CIEPP; 2011.

70. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económico; 2000.
71. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales. 1982;19.
72. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI, editor. Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud. Washington D.C.: OPS/OMS; 1994. p. 1-12.
73. Breilh J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. 3.ª edición. México: Fontamara; 1989.
74. Quevedo VE. El proceso salud-enfermedad. Hacia una clínica y una epidemiología no positivista (reflexiones críticas histórico-epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano). En: Cardona Á, editor. Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Editores; 1992.
75. Leriche R. Introduction générale. Encyclopédie française. París;1936.
76. Winslow C-EA. Public Health in the World Today. Cambridge: Harvard University Press; 1949.
77. MacMahon B, Pugh TF, Ipsen J. Epidemiologic Methods. Boston, Toronto: Little, Brown and Co.; 1960.
78. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians, a working document. Ottawa, Canadá: Government of Canadá, Ministry of National Health and Welfare; 1974.
79. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor and the Community. An Epidemiologic Approach. 3.ª edition. New York: McGraw-Hill; 1965.
80. Lalonde M. El concepto de "Campo de la Salud": una perspectiva canadiense. En: OPS/OMS, editor. Promoción de la salud: una antología. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
81. Janzen JM. The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology New York: McGraw Hill; 2002.
82. Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
83. Arrizabalaga J. Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social. Arbor ciencia, pensamiento y cultura. 1992; 142(558-560):147-65.
84. Clark WR. Agentes y estructuras: dos visiones de las preferencias, dos visiones de las instituciones. Polis. 2005;1(1):237-84.
85. Rosenberg CE. Explaining Epidemics, and other Studies in the History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1992.
86. Rosenberg CE. Framing disease: Illness, society and history. En: Rosenberg C, editor. Explaining Epidemics, and other Studies in the History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1992. p. 305-18.
87. Freund PES, McGuire MB. Health, Illness and the Social Body. A Critical Sociology. 3ª edición. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1999.
88. Wiley AS, Allen JS. Medical Anthropology. A Biocultural Approach. New York/Oxford: Oxford University Press; 2009.
89. Cipolla CM. Contra un enemigo mortal e invisible. Fontana J, editor. Barcelona: Critica-Grijalbo; 1993.
90. Armus D. Disease in the Historiography of Modern Latin America. En: Armus D, editor. Disease in the Historiography of Modern Latin America: From Malaria to Aids. Durham/London: Duke University Press; 2003. p. 1-24.
91. Gottfried RS. La muerte negra. Desastres naturales y humanos en la Europa medieval. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
92. Bernabeu-Mestre J. Enfermedad y población. Alicante: Seminari d'estudis sobre la ciència; 1994.
93. Hatcher J. Plague, Population and the English Economy, 1348-1530. 1.ª edición. Clarkson LA, editor. Hong Kong: Macmillan Education; 1992.

94. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, S. A.; 2003.
95. Sigerist HE. La profesión del médico a través de las edades. En: Sigerist HE, editor. Historia y sociología de la medicina. Bogotá: Editado por el Dr. Gustavo Molina; 1974.
96. Freidson E. La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península; 1978.
97. González Leandri R. Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico Madrid: Editorial Catriel; 1999.
98. Bourdieu P. Sociología y Cultura. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Grijalbo; 1990.
99. Turner B. Profesiones, conocimiento y poder. En: De la Cuesta C, editor. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
100. Coe R. Sociología de la medicina. Tercera edición ed. Madrid: Alianza Editorial; 1984.
101. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 2.ª edición. México: Siglo XXI Editores; 1975.
102. Foucault M. El nacimiento de la medicina social. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. 1977 enero-abril;6:89-108.
103. Foucault M. Historia de la medicalización. Educación médica y salud, 1977; 11(1):2-25.
104. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
105. Burrage M. Introduction: the professions in sociology and history. En: Burrage M, Torstendahl R, editores. Professions in Theory and History. London/Newbury Park/New Delhi. 1990. p. 1-23.
106. Parkin F. Strategies of Social Closure in Class Formation. En: Parkin F, editor. The Social Analysis of Class Structure London: Tavistock; 1974.
107. Collins R. Market Closure and the Conflict Theory of the Professions. En: Burrage M, Torstendahl R, editores. Professions in Theory and History. London/Newbury Park/New Delhi. 1990. p. 24-43.
108. Weber M. Economía y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1977.
109. Sarfatti Larson M. The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. Berkeley: University of California Press; 1979.
110. Johnson T. The State and the Professions; peculiarities of the British. En: Giddens A, Mackenzie G, editores. Social Class and the Division of Labour Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
111. Johnson T. Governmentality and the institutionalization of expertise. En: Johnson T, Larkin G, Sacks M, editores. Health professions and the State in Europe. London: Routledge; 1995.
112. Skocpol T. El Estado regresa al primer plano: Estrategias de análisis en la investigación actual. En: Grompone R, editor. Instituciones políticas y sociedad Lecturas introductorias. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1995. p. 92-129.
113. Hernández M. Reformas del sector salud en perspectiva comparada: Brasil, México y Colombia, 1980-2012. Documento presentado en 54 Congreso Internacional de Americanistas "Construyendo diálogos en las Américas". 2012 julio 18; Viena, Austria.
114. Skocpol T. Bringing the State Back In. Strategies of analysis in Current Research. In: Evans PB, Rueschemeyer D, Skocpol T, editors. Bringing the State Back In. New York: Cambridge University Press; 1985. p. 3-37.
115. Evans PB, Rueschemeyer D, Skocpol T. Bringing the State Back In. New York: Cambridge University Press; 1985.
116. Roth Deubel AN. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora; 2006.

117. Goldstein J. Foucault among the Sociologists. The “Disciplines” and the History of Professions. *History and Theory*, 1984, XXII(2):170-92.
118. Weiler V. Una introducción. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*. 1996;23: 235-72.
119. Braunstein NA. El Sujeto en el Psicoanálisis, el materialismo histórico y la lingüística. En: Braunstein NA, editor. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI Editores; 1980. p. 80-158.
120. Braunstein NA. Sujeto de la conciencia, sujeto del discurso, sujeto. En: Braunstein NA, editor. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI Editores; 1980. p. 69-79.
121. Miranda N. La concepción del Estado en la obra de Antonio Gramsci [tesis de licenciatura]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1978.
122. Althusser L. Ideología y aparatos ideológicos de Estado (*Notas para una investigación*). En: Althusser L, editor. *Escritos*. Barcelona: Editorial Laia; 1974. p. 105-70.
123. Morales Moya A. Consideraciones sobre las elites. *Bibliografía extranjera*. En: Carasa P, editor. *Elites Prosopografía contemporánea*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1995. p. 73-94.
124. Carasa P, editor. *Elites. Prosopografía contemporánea*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1994.
125. Loaiza G. Sociabilité et vie publique en Colombie au XIX siècle. *France Revue des Sciences Sociales*. 2009;41:170-83.
126. Loaiza G. Sociabilidad, religión y política en la definición de la nación (Colombia, 1820-1886). Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2011.
127. Agulhon M. La sociabilité méridionale. Confréries et associations en Provence orientale dans la deuxième moitié de XVIIIème siècle. Paris;1966.
128. Agulhon M. Le cercle dans la France bourgeoise, 1810-1848 (étude d’une mutation de sociabilité). Paris: Librairie Armand Collin; 1977.
129. Canal I Morell J. El concepto de sociabilidad en la historiografía contemporánea (Francia, Italia y España). *Siglo XIX*, 1993;13:5-25.
130. Arango de Restrepo GM. Sociabilidades católicas, de la tradición a la modernidad. Antioquia 1870-1930. Medellín: Universidad Nacional-IME-Dirección de Investigaciones; 2004.
131. González Bernaldo P. La ‘sociabilidad’ y la historia política. En: Pani S, editor. *Conceptuar lo que se ve Françoise Xavier Guerra, historiador Homenaje*. México: Instituto Mora; 2004. p. 419-60.
132. Thelamon F, editor. *Sociabilité, pouvoirs et société. Actes du Colloque du Rouen*. Rouen: Université de Rouen; 1983.
133. Zambrano F. Las sociabilidades modernas en la Nueva Granada, 1820-1848. *Cahiers des Amériques Latines*. 1990;10:197-210.
134. Marín Leoz JM. Gente decente. La élite rectora de la capital, 1797-1803. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia; 2008.
135. Piaget J. Inconsciente afectivo e inconsciente cognoscitivo. En: Piaget J, editor. *Problemas de psicología genética*. Barcelona: Ariel; 1975. p. 39-58.